



DIRECTION DE L'ACCREDITATION PROFESSIONNELLE ET DES AFFAIRES RÉGLEMENTAIRES
VÉRIFICATION DES HEURES D'EXERCICE À TITRE BÉNÉVOLE

Remplissez le présent formulaire si vous souhaitez utiliser des heures de bénévolat pour satisfaire aux exigences en matière de compétence continue. Nous acceptons uniquement les heures de bénévolat directement liées à la promotion de votre profession.

Profession : Infirmier auxiliaire autorisé
 Infirmier psychiatrique autorisé
 Physiothérapeute

À remplir par le demandeur					
Nom de famille		Prénom(s)		Autres pré noms	
Autres noms utilisés			Numéro de licence du Yukon		
Adresse du domicile		Ville/Localité	Prov./Terr.	Code postal	Pays
Courriel		Téléphone			
Organisme		Date d'exercice à titre bénévole Du AAAA/MM/JJ au AAAA/MM/JJ			
Aux fins de traitement de ma demande, la Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires (l'organisme de réglementation au Yukon) doit obtenir des renseignements sur mes fonctions à titre de bénévole au sein de votre organisme. Je vous autorise à lui fournir tout renseignement à cet égard. En vertu de la présente déclaration, vous êtes autorisé à fournir à la Direction tous les renseignements exigés dans le cadre de ma demande ou pour confirmer le nombre d'heures pendant lesquelles j'ai agi à titre de bénévole.					
Signature du demandeur			Date AAAA/MM/JJ		

À remplir par l'organisme					
La présente confirme que _____ exerce/a exercé à titre de bénévole au poste de _____					
<small>NOM DU BÉNÉVOLE</small>					
_____ pour _____					
<small>POSTE</small> <small>NOM DE L'ORGANISME</small>					
<small>ADRESSE MUNICIPALE</small>		<small>VILLE/LOCALITÉ</small>	<small>PROV./TERR./ÉTAT</small>	<small>CODE POSTAL</small>	<small>PAYS</small>
du AAAA/MM/JJ au AAAA/MM/JJ .					
Heures de service par an	1. Année : _____ N ^{bre} d'heures : _____				
	2. Année : _____ N ^{bre} d'heures : _____				
	3. Année : _____ N ^{bre} d'heures : _____				
	4. Année : _____ N ^{bre} d'heures : _____				
	5. Année : _____ N ^{bre} d'heures : _____				

*Le présent document a été rédigé sans distinction de genre.

À remplir par l'organisme (suite)

Autres renseignements :

Je déclare sur l'honneur que les renseignements fournis ci-dessus sont rigoureusement exacts.

Nom (en caractères d'imprimerie)		Poste et titre professionnel
Nom de l'organisme		Adresse
Téléphone	Télocopieur	Courriel
Signature de la personne autorisée		Date AAAA/MM/JJ

Transmettez le formulaire directement à la Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires :

Par la poste :

Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires (C-5)
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

En personne ou par messagerie :

307, rue Black
Whitehorse (Yukon) Y1A 2N1

Par courriel :

Infirmier auxiliaire ou psychiatrique autorisé
Physiothérapeute

lpn-rpn.plra@gov.yk.ca
physio.plra@gov.yk.ca

Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et divulgués en conformité avec les paragraphes 29(a) et (c) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et en vertu de la loi qui régit la profession faisant l'objet d'une demande de licence. Ils seront utilisés aux fins d'application de ces lois et de leurs règlements connexes, et en vue de déterminer l'admissibilité à l'inscription et de maintenir à jour un registre public. Ils serviront également à des fins de recherche et de statistiques en ce qui a trait aux ressources humaines dans le domaine de la santé. Dans ce dernier cas, l'identité des personnes ne sera pas divulguée. Pour en savoir plus sur la collecte de ces renseignements, veuillez contacter la Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires du ministère des Services aux collectivités, gouvernement du Yukon, par la poste à C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6; par téléphone au 867-667-5111; par télécopieur au 867-667-3609 ou par courriel à inquiry.plra@gov.yk.ca.