



DIRECTION DE L'ACCREDITATION PROFESSIONNELLE ET DES AFFAIRES RÉGLEMENTAIRES
**VÉRIFICATION D'ACHÈVEMENT DE FORMATION
 PROFESSIONNELLE CONTINUE**

Utilisez le présent formulaire si vous ne possédez pas de certificat ou de document équivalent pour les cours que vous déclarez afin de prouver que vous respectez les exigences en matière de formation continue. Votre instructeur ou responsable doit remplir et signer le présent formulaire, que vous devez joindre comme justificatif à votre formulaire annuel de formation professionnelle continue.

Profession :

- Infirmier auxiliaire autorisé
 Infirmier psychiatrique autorisé
 Dentiste Optométriste Pharmacien
 Physiothérapeute Chiropraticien

À remplir par le demandeur

Nom de famille	Prénom(s)	Autres prénoms
Autres noms utilisés	Courriel	Téléphone

Cours suivis

Par les présentes, je vous autorise à fournir à la Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires tout renseignement sur ma formation professionnelle continue.

Signature du demandeur	Date AAAA/MM/JJ
------------------------	--------------------

À remplir par l'enseignant ou le responsable

Je, _____ atteste que _____
 a suivi les cours suivants dans leur intégralité : NOM DU DEMANDEUR

Intitulé du cours	Date de la fin du cours	Heures
	AAAA/MM/JJ	
	AAAA/MM/JJ	
	AAAA/MM/JJ	
	AAAA/MM/JJ	

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	Télécopieur	Courriel
Signature de la personne autorisée		Date AAAA/MM/JJ

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.