



VÉRIFICATION DE L'INSCRIPTION DANS UNE AUTRE RÉGION ADMINISTRATIVE CANADIENNE (INFIRMIER AUXILIAIRE AUTORISÉ)

À remplir par le demandeur					
Nom de famille		Prénom(s)		Autres prénoms	
Autres noms utilisés		Courriel		Téléphone	
Adresse postale		Ville/Localité	Prov./Terr.	Code postal	Pays
Lieu	Année	Région administrative		N° d'inscription ou de licence	
Par les présentes, j'autorise le registraire de _____ à envoyer les documents requis directement à la Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires.					
Signature du demandeur			Date AAAA/MM/JJ		

À remplir par le registraire ou son délégué		
État de l'inscription <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Inactive <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____		Catégorie d'inscription <input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> Temporaire <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____
Date d'inscription initiale AAAA/MM/JJ	Examen passé <input type="checkbox"/> EAIAC <input type="checkbox"/> SEAIIC <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____	Résultat de l'examen <input type="checkbox"/> Réussite <input type="checkbox"/> Échec Date de l'examen : AAAAA/MM/JJ
Le demandeur fait-il ou a-t-il déjà fait l'objet de mesures disciplinaires officielles?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'inscription ou la licence d'exercice du demandeur a-t-elle déjà fait l'objet de conditions, de restrictions ou d'un accord avec l'organisme de réglementation? Si oui, veuillez préciser : _____ _____		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le demandeur a-t-il déjà renoncé volontairement à son inscription ou sa licence d'exercice pour éviter un examen disciplinaire? Si oui, veuillez préciser : _____ _____		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le demandeur s'est-il déjà vu refuser une inscription ou une licence d'infirmier autorisé? Si oui, veuillez préciser : _____ _____		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A-t-il déjà fait l'objet de mesures disciplinaires de la part d'un organisme de réglementation ou de délivrance de licences d'infirmier autorisé? Si oui, veuillez fournir une copie de la décision de mesure disciplinaire.		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Je déclare sur l'honneur que les renseignements fournis ci-dessus sont rigoureusement exacts.		
Nom (en caractères d'imprimerie)		Poste et titre professionnel
Région administrative		Adresse
Téléphone	Télécopieur	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 :

307, rue Black
Whitehorse (Yukon) Y1A 2N1

Par courriel :

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