



The National Alliance of Respiratory Therapy Regulatory Bodies

L'Alliance nationale des organismes de réglementation de la thérapie respiratoire

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

Ce formulaire s'adresse à la personne qui détient ou a déjà détenu une autorisation légale d'exercer la profession d'inhalothérapeute/thérapeute respiratoire délivrée dans une autre province ou territoire canadien. Il vise à permettre la communication de renseignements professionnels à votre égard.

Veillez svp écrire en lettres moulées

SECTION 1 — À remplir par le candidat/la candidate à l'admission

Transmettre à l'organisme de réglementation auquel vous appartenez ou avez appartenu.

Je soussigné (e) _____, autorise l'organisme de réglementation _____ à fournir tous les renseignements inscrits à la section 2 et toutes autres informations supplémentaires demandées par l'organisme de réglementation de _____ où je sollicite un permis d'exercice.

PROVINCE/TERRITOIRE

SIGNATURE DU CANDIDAT/DE LA CANDIDATE

N° DE PERMIS

ADRESSE COURRIEL

N° DE TÉLÉPHONE

DATE (ANNÉE/MOIS/JOUR)

SECTION 2 — À remplir par l'organisme de réglementation auquel vous appartenez ou avez appartenu

Le formulaire sera directement envoyé à l'organisme de réglementation/association professionnelle de la province/territoires où vous désirez obtenir un permis d'exercice.

Je _____, agissant au nom _____,
REGISTRAIRE OU PERSONNE DÉSIGNÉE NOM DE L'ORGANISME DE RÉGLEMENTATION

certifie la véracité et l'exactitude des déclarations suivantes et de toutes les informations supplémentaires fournies sur l'historique d'inscription de :

CANDIDAT/CANDIDATE

N° DE PERMIS

Date de l'inscription : de _____ à _____
ANNÉE/MOIS/JOUR ANNÉE/MOIS/JOUR



The National Alliance of Respiratory Therapy Regulatory Bodies

L'Alliance nationale des organismes de réglementation de la thérapie respiratoire

1. Le permis de pratique du candidat/de la candidate est-il assujéti à des modalités, des conditions ou des restrictions (p. ex. : à la suite d'une plainte, d'un rapport de l'employeur, d'une enquête ou d'une procédure)?

OUI NON

2. Le candidat/la candidate fait-il (elle) ou a-t-il (elle) déjà fait l'objet d'un examen, d'une enquête ou d'une procédure (lié par exemple à une inconduite professionnelle, à une incompétence ou à une incapacité)?

OUI NON

3. À votre connaissance, le candidat/la candidate a-t-il (elle) déjà été reconnu (e) coupable d'une infraction criminelle ou d'une infraction en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ou de la *Loi sur les aliments et drogues* (Canada)?

OUI NON

4. Le candidat/la candidate a-t-il (elle) des obligations en cours ou non remplies relativement au programme d'assurance de la qualité de votre organisation, aux exigences liées à la formation continue ou au perfectionnement professionnel?

OUI NON

5. Connaissez-vous un autre élément (circonstance, condition ou événement non abordés ci-dessus), lié aux compétences, au comportement, aux aptitudes physiques ou mentales du candidat/de la candidate, qui pourrait affecter ses capacités d'exercer sa profession d'inhalothérapeute/de thérapeute respiratoire?

OUI NON

6. Le candidat/la candidate a-t-il (elle) satisfait aux exigences de l'organisme de réglementation pour le maintien du droit d'exercice (p. ex : nombre minimal d'heures travaillées/période)?

OUI NON S.O.

Si la réponse est « Oui » aux énoncés 1 à 5, veuillez fournir des renseignements supplémentaires, y compris une description des faits pertinents, les ordonnances et les sanctions qui en ont résulté.

REGISTRAIRE OU PERSONNE DÉSIGNÉE

DATE

TITRE D'EMPLOI



The National Alliance of Respiratory Therapy Regulatory Bodies

L'Alliance nationale des organismes de réglementation de la thérapie respiratoire

Une fois la section 2 remplie, veuillez transmettre le formulaire à l'instance appropriée :

CARTA	bryan.buell@carta.ca
CRTO	taylor@crto.on.ca
MARRT	registrar@marrt.org
NBART	registrar@nbart.ca
NLCHP	alice.kennedy@nlchp.ca
NSCRT	registrar@nscrt.com
OPIQ	dg@opiq.qc.ca
SCRT	win.haines@scrt.ca

