

**ATTESTATION D'EMPLOI
POUR LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ**

Veillez remplir toutes les sections du formulaire aux fins de vérification des heures d'exercice professionnel que vous déclarez pour satisfaire aux exigences en matière de compétence continue. Si une section n'est pas applicable à votre situation, ajoutez la mention « sans objet ». On entend par « heures d'exercice professionnel » toutes les heures travaillées par une personne conformément à la description officielle de son poste, à l'exclusion des vacances, des congés de maladie, des congés sans solde et de toute heure (payée ou non) d'exercice non professionnel.

Profession :

- Infirmier ou infirmière auxiliaire immatriculé(e) (I.A.I.)
- Infirmier ou infirmière psychiatrique autorisé(e) (I.P.A.)
- Chiropraticien
- Physiothérapeute
- Dentiste
- Sage-femme

À remplir par la personne qui présente la demande

Nom de famille légal	Prénom légal	Second prénom légal
Autres noms utilisés		Numéro de licence du Yukon
Aux fins du traitement de ma demande, la Direction de la réglementation professionnelle (l'organisme de réglementation au Yukon) doit obtenir des renseignements à propos de mon travail au sein de votre organisme. Je vous autorise à lui fournir tout renseignement sur l'exercice de ma profession. 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 exercé ma profession.		
Signature de la personne présentant la demande		Date AAAA/MM/JJ

À remplir par l'employeur

La présente confirme que _____ est ou a été employé en tant que _____
NOM DE L'EMPLOYÉ POSTE

par _____
NOM DE L'EMPLOYEUR

ADRESSE MUNICIPALE	VILLE/LOCALITÉ	PROVINCE/TERRITOIRE/ÉTAT	CODE POSTAL/CODE ZIP	PAYS
du	AAAA-MM-JJ	au	AAAA-MM-JJ	Nombre d'heures travaillées par année : _____
du	AAAA-MM-JJ	au	AAAA-MM-JJ	Nombre d'heures travaillées par année : _____
du	AAAA-MM-JJ	au	AAAA-MM-JJ	Nombre d'heures travaillées par année : _____
du	AAAA-MM-JJ	au	AAAA-MM-JJ	Nombre d'heures travaillées par année : _____
du	AAAA-MM-JJ	au	AAAA-MM-JJ	Nombre d'heures travaillées par année : _____

À remplir par l'employeur (suite)

Autres renseignements :

Je déclare que les renseignements fournis aux présentes sont exacts et complets.

Nom (en lettres détachées)		Poste et titre professionnel
Nom de l'employeur (agence, établissement)		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 communiqués en conformité avec les paragraphes 15(a), (b) 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 de la demande de permis, de licence ou de certificat. Ils seront utilisés aux fins d'application de ces lois et de leurs règlements, notamment pour déterminer l'admissibilité à l'inscription et à l'obtention d'un permis, d'une licence ou d'un certificat, évaluer les pratiques et traiter des questions liées aux plaintes. Ils serviront également à des fins de tenue d'un registre public, et de recherche et de statistiques pour la planification des ressources humaines. 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 la réglementation professionnelle, 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; ou par courriel à inquiry.plra@yukon.ca.