



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. Assurez-vous que toutes les sections sont dûment remplies. Si une section n'est pas applicable à votre situation, utilisez la mention « sans objet ».

Profession :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infirmier ou infirmière auxiliaire immatriculé(e) (I.A.I.) | <input type="checkbox"/> Optométriste |
| <input type="checkbox"/> Infirmier ou infirmière psychiatrique autorisé(e) (I.P.A.) | <input type="checkbox"/> Chiropraticien |
| <input type="checkbox"/> Dentiste | <input type="checkbox"/> Sage-femme |
| <input type="checkbox"/> Physiothérapeute | |
| <input type="checkbox"/> Pharmacien | |

À remplir par la personne présentant la demande

Nom de famille légal	Prénom légal	Second prénom légal
Autres noms utilisés		Numéro de permis du Yukon
Nom du cours	Date de la fin du cours	Heures
	A A A A / M M / J J	
	A A A A / M M / J J	
	A A A A / M M / J J	
	A A A A / M M / J J	
	A A A A / M M / J J	
	A A A A / M M / J J	
	A A A A / M M / J J	

À remplir par l'instructeur ou le responsable

Je, _____ atteste que _____
a suivi les cours ci-dessus dans leur intégralité.

NOM DE LA PERSONNE PRÉSENTANT LA DEMANDE

Je déclare que les renseignements fournis sont exacts et complets.

Nom (en lettres détachées)		Poste et titre professionnel
Nom de l'organisme		Adresse
Téléphone	Télécopieur	Courriel (moyen principal de communication de l'autorité réglementaire)
Signature de la personne autorisée		Date A A A A / M M / J J

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.