



# 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

<b>Je déclare sur l'honneur que les renseignements fournis ci-dessus sont rigoureusement exacts.</b>		
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@yukon.ca

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 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, 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.