



DÉCLARATION D'APTITUDE PROFESSIONNELLE

SECTION A : Consentement à la divulgation de renseignements

Cette section doit être remplie par le CANDIDAT et envoyée à CHAQUE organisme de réglementation auprès duquel il est actuellement ou a été inscrit en tant que thérapeute respiratoire. **Veillez noter** : Un formulaire distinct doit être rempli pour chaque organisme de réglementation où vous avez exercé en tant que TR.

PRÉNOM

NOM DE FAMILLE

NUMÉRO D'INSCRIPTION ACTUEL

DATE D'AUTORISATION (JJ/MM/AAAA)

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

COURRIEL

Je _____ cherche à m'inscrire dans la province de _____ .
(NOM EN LETTRES MOULÉES) (PROVINCE)

Par la présente, je consens et j'autorise _____
(NOM DE L'ORGANISME DE RÉGLEMENTATION ACTUEL/PRÉCÉDENT)

à partager les informations relatives à la juridiction dans laquelle je cherche à m'inscrire. Je comprends que cela signifie que toutes les informations connues de l'autorité de réglementation relatives à mon inscription seront divulguées, y compris, mais sans s'y limiter, les détails concernant :

- l'inscription, l'adhésion ou l'autorisation d'exercer auprès de tout autre organisme de réglementation;
- les numéros d'inscription, la catégorie d'inscription et le statut de l'inscription;
- la suspension ou la révocation, y compris le motif de cette suspension ou révocation;
- les modalités, les conditions ou les restrictions sur un certificat d'inscription qui ont été imposées précédemment ou qui sont actuellement en vigueur;
- les allégations, les procédures ou les constatations actuelles ou antérieures de faute professionnelle, d'incompétence, d'incapacité ou d'un problème similaire;
- les accusations et les déclarations de culpabilité (comme en vertu du *Code criminel du Canada ou de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances*);
- les plaintes ou les enquêtes formelles, y compris celles qui n'ont pas encore été résolues;
- d'autres renseignements relatifs à ma conduite professionnelle que mon autorité de réglementation actuelle ou précédente juge pertinents pour ma demande d'inscription, notamment :
 - le respect des exigences d'inscription;
 - le respect des programmes d'assurance qualité ou des exigences en matière de compétence continue;
 - les cotisations impayées ou autres obligations non remplies.

SIGNATURE DU CANDIDAT

DATE (DD/MM/AAAA)

SECTION B : Antécédents du candidat

Cette section sera remplie par **L'ORGANISME DE RÉGLEMENTATION** auprès duquel vous êtes ou avez été inscrit. Une fois remplie, elle sera envoyée directement à l'organisme de réglementation de la juridiction auprès de laquelle vous demandez à être inscrit.

Je, _____ agissant au nom de _____

EN LETTRES MOULÉES (REGISTRAIRE ou PERSONNE DÉSIGNÉE)

ORG. DE RÉG. /DE DÉL. DES PERMIS

certifie que les déclarations suivantes et toute information supplémentaire fournie sont véridiques et exactes en ce qui concerne les antécédents de l'inscription concernant :

NOM DU CANDIDAT/PERSONNE INSCRITE

NUMÉRO D'INSCRIPTION

Date de l'inscription: _____

DU JJ/MM/AA

à JJ/MM/AA

1. Le certificat d'inscription/permis du candidat est-il actuellement assorti ou a-t-il été assorti de conditions, de restrictions ou de limitations, ou son certificat d'inscription/ permis a-t-il déjà été suspendu ou révoqué pour quelque raison que ce soit?

OUI NON

Si OUI, veuillez fournir les détails ci-dessous.

2. Le candidat fait-il ou a-t-il fait l'objet d'une plainte formelle, d'un rapport, d'une enquête, d'une mesure disciplinaire ou d'une enquête sur l'aptitude à exercer ou la capacité?

OUI NON S/O

Si OUI, veuillez fournir les détails ci-dessous.

3. Le candidat a-t-il déjà été accusé ou reconnu coupable d'une infraction dans une juridiction ou un pays quelconque, quelle que soit la peine infligée? (par exemple, en vertu du *Code criminel du Canada, ou de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances*)?

OUI NON

Si OUI, veuillez fournir les détails ci-dessous.

4. Le candidat a-t-il des obligations en suspens ou non remplies à l'égard de votre organisation (par exemple, des frais, des amendes, des coûts, des exigences en matière d'un programme d'assurance de la qualité ou de maintien des compétences)?

OUI NON

Si OUI, veuillez fournir les détails ci-dessous.

5. Avez-vous connaissance d'un autre événement, d'une autre circonstance, d'une autre condition ou d'un autre sujet non divulgué ci-dessus qui, selon vous, pourrait être pertinent pour la compétence, la conduite, le professionnalisme ou la capacité physique/mentale du candidat et qui pourrait entraver la capacité du candidat à fonctionner de manière sûre et éthique en tant que thérapeute respiratoire?

OUI NON

Si OUI, veuillez fournir les détails ci-dessous.

NOM DU REGISTRAIRE OU DE LA PERSONNES DÉSIGNÉE (en LETTRES MOULÉES svp)

SIGNATURE DU REGISTRAIRE OU DE LA PERSONNE DÉSIGNÉE

DATE (MM/JJ/AAAA)

Une fois la section B remplie, veuillez acheminer le formulaire à la juridiction compétente.

| | |
|-------------|--|
| CRTA | registrar.rrtalberta@gmail.com |
| OTRO/CRTO | hamp@crto.on.ca |
| MARRT | edregistrar@marrt.org |
| NBART/ATRNB | registrar@nbart.org |
| NLCHP | alice.kennedy@nlchp.ca |
| NSCRT | registrar@nscrt.com |
| OPIQ | dg@opiq.qc.ca |
| SCRT | gail.sarkany@scrt.ca |

Veillez noter que la thérapie respiratoire n'est pas actuellement une profession de santé réglementée dans la province de la Colombie-Britannique (C.-B.). Il se peut que l'on vous demande de fournir des renseignements supplémentaires de la part de votre employeur actuel ou ancien si, à un moment donné, vous avez travaillé en tant que thérapeute respiratoire en Colombie-Britannique. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec l'organisme de réglementation de la province où vous présentez votre demande d'autorisation d'exercer.