

À l'usage exclusif du Collège

N° candidat/candidate : _____

Reçu le : _____ Séance : _____

Frais de dossier versés : _____ Droits d'examen versés : _____ Photo : Pièces justificat. :

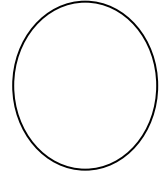
Langue : _____ Type d'examen : _____

Réception confirmée par courriel : Titres de compétence acceptés : _____

LE COLLÈGE ROYAL DES CHIRURGIENS DENTISTES DU CANADA

2003-180 rue Dundas Ouest, Toronto (Ontario) Canada M5G 1Z8

Demande d'inscription aux examens 2009



Veillez **AGRAFER** votre
photo (passport) ici (sur
les deux copies de la
demande d'inscription)

1. Demande d'inscription à l'examen en : _____
(spécialité dentaire)
2. Nom : _____
(prénom) (second prénom) (nom)
3. Adresse postale* : _____
(rue)

(ville) (province) (code postal)
4. Téléphone (bureau) : (____) _____
5. Télécopieur : (____) _____
6. Téléphone (dom.) : (____) _____
7. Courriel **: _____
8. Date de naissance : _____
(jour) (mois) (année)
9. Lieu de naissance : _____
(ville) (province/pays)
10. Session à laquelle vous prévoyez passer l'examen (**encercler un seul choix**) : écrit/oral printemps 2009
écrit/oral automne 2009
écrit automne 2009/oral printemps 2010
11. Langue pour passer l'examen (**encercler un seul choix**) : Français Anglais
12. Formation de cycles supérieurs (voir la note « d » plus loin)
Université : _____ Dates de fréquentation (du/au incl.) : _____
Ville : _____ Province/État : _____
Diplôme universitaire et année d'obtention : _____
(diplôme) (année)
Diplôme visé et année prévue d'obtention : _____
(diplôme) (année prévue)
13. Formation dentaire
Université : _____ Dates de fréquentation (du/au incl.) : _____
Ville : _____ Province/État : _____
Diplôme universitaire et année d'obtention : _____
(diplôme) (année)

14. Formation pré-dentaire

Université : _____ Dates de fréquentation (du/au incl.) : _____

Ville : _____ Province/État : _____

Diplôme universitaire et année d'obtention : _____ (diplôme) _____ (année)

15. Nom et adresse de trois (3) « Fellows » ou Membres du Collège Royal des Chirurgiens Dentistes du Canada ou d'autres professionnels qui ont connu le candidat ou la candidate dans le cadre de ses études de cycles supérieurs ou d'un stage et qui pourraient fournir des références.

Nom	Ville/Province	Téléphone
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

16. Renseignements supplémentaires pertinents à la présente demande (optionnel); utiliser une autre page au besoin :

17. *Je soumetts, par le présent document, une demande d'inscription aux examens du Collège Royal des Chirurgiens Dentistes du Canada conformément à ses règlements. J'autorise le Collège à effectuer en tout temps une enquête pour vérifier si les renseignements fournis dans la présente demande ou ma réputation satisfont au code de déontologie de la profession. J'autorise également toute personne, tout établissement ou toute organisation avec qui j'ai présentement ou j'ai déjà eu des liens et qui auraient des renseignements sur ma compétence ou ma qualification professionnelle, mes principes d'éthique, à les déclarer au Collège, à son personnel, à ses examinateurs et examinatrices ou à ses représentants et représentantes.*

J'accepte d'être disqualifié(e) du processus d'inscription aux examens si je fournis de faux renseignements ou si je contreviens à tout règlement régissant l'admission aux examens ou à toute provision des articles de la constitution ou à tout règlement administratif du Collège. J'accepte également de ne pas intenter de poursuites contre le Collège et son personnel, les examinateurs et examinatrices, les représentants et représentantes ainsi que les agents et agentes pour les décisions qu'ils prennent, individuellement ou collectivement, à propos de la présente demande et/ou pour le refus du Collège d'accepter ma candidature aux examens.

*Ma signature de cette demande confirme que j'ai revu les règlements administratifs, tout particulièrement l'article 6*** qui permet la divulgation d'un Avis de suspension d'expulsion aux organismes de réglementation de la médecine dentaire au Canada et accepte telle divulgation.*

18. J'atteste être **en règle** auprès de tous les organismes de réglementation de la profession dentaire auxquels je suis inscrit(e), desquels je détiens un permis d'exercer ou dont je suis membre.

Je confirme ne pas avoir été reconnu(e) coupable d'un acte criminel en vertu du *Code criminel du Canada*, de la *Loi sur les aliments et drogues (Canada)*, de la *Loi sur les stupéfiants (Canada)* désormais appelée la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances (Canada)* ou de toute autre infraction à la loi pouvant entraîner mon incarcération.

Je confirme ne pas avoir fait l'objet d'une action en justice ou reconnu(e) coupable d'aucune faute, incompétence ou incapacité professionnelle en ce qui touche la pratique de la médecine dentaire dans aucun territoire de compétence à **l'extérieur du Canada**.

19. Date : _____ 20. Signature : _____

(La **SIGNATURE** doit être **ORIGINALE**)

Les photocopies et signatures électroniques ne sont pas acceptées

* **Il incombe aux candidats et candidates d'informer le Collège de tout changement d'adresse ou de renseignement personnel.**** **Veuillez vous assurer de procurer une adresse courriel privée et sécuritaire. Le CRCDC n'envoie pas de courriels non sollicités.***** **Les copies des règlements et de la Constitution sont publiées au site Internet du Collège Royal des Chirurgiens Dentistes du Canada (www.rcdc.ca) sous « Règlements en revue ».**

NOTE : Prière de joindre les documents suivants à votre demande :

- a. **Un** formulaire d'inscription dûment rempli;
- b. **deux** photos passeport récentes, une **AGRAFÉE** à la copie de la demande d'inscription (dans l'espace réservé);
- c. une copie dûment remplie du formulaire « autorisation de prise de paiement » et le paiement par chèque (établi en **devises canadiennes** et tiré d'une banque canadienne) ou par mandat-poste d'une traite bancaire, couvrant le total des frais de la demande et de l'examen et libellé à l'ordre du Collège Royal des Chirurgiens Dentistes du Canada. **Tous les frais sont payables au moment de la soumission de la demande d'inscription;**
- d. une preuve d'inscription à un programme d'études de cycles supérieurs ou d'études postuniversitaires [copie du diplôme **certifiée par l'université (non pas un notaire ou un avocat)** ou Formulaire d'attestation du directeur ou de la directrice de programme dûment rempli]. Les pièces justificatives doivent prouver que le candidat ou la candidate a bel et bien réussi des études de cycles supérieurs ou des études postuniversitaires dans le cadre d'un programme canadien ou américain agréé. Les demandes d'inscription aux examens peuvent être soumises au cours de la dernière année de formation, auquel cas le directeur ou la directrice de programme devra remplir le formulaire d'attestation qui doit accompagner cette demande d'inscription;
- e. une ou des lettres de tout organisme de réglementation de la médecine dentaire attestant que vous êtes présentement autorisé(e) à exercer/inscrit(e) ou membre en règle. Pour les candidats dans leur dernière année de formation/formation supérieure, une lettre de référence provenant du Doyen de la faculté dentaire peut être fournie.
- f. toute autre pièce justificative.