



**D. Superviseur(e) de l'examen (si différent(e) de la personne contact principale)**

11. Nom: \_\_\_\_\_  
(Titre) (Prénom) (2<sup>e</sup> prénom) (nom)
12. Poste : \_\_\_\_\_
13. Téléphone 1 : \_\_\_\_\_ Téléphone 2 : \_\_\_\_\_ Téléc. \_\_\_\_\_  
Encerchez : bur. / rés. /cellulaire Encerchez : bur. / rés. /cellulaire
14. Courriel : \_\_\_\_\_
15. Adresse postale : \_\_\_\_\_  
(Name de l'établissement et adresse)
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ville) (Province/ État) (Code postal) (Pays)

---

**E. Politique de confidentialité**

L'information personnelle procurée au Collège est privilégiée et confidentielle et n'est utilisée que pour les affaires officielles du Collège. Ceci inclus la conduite des examens, la vérification d'identité et la procuration de moyens de communiquer de l'information dans les plus brefs délais.

Nos politique et procédure de confidentialité sont conformes avec la Loi sur la Protection des Renseignements Personnels et les Documents Électroniques du gouvernement fédéral. Le CRCDC ne fournit de l'information sur les membres du registre à aucun(e) télévendeur, courtier de fichier d'adresse, compagnie pharmaceutique ou compagnie d'équipement dentaire.

---

Je soumet cette demande de prise du volet écrit de l'examen du Collège Royal des Chirurgiens Dentistes du Canada à l'établissement noté ci-dessus sous la supervision de la/des personne(s) nomée(s) dans ce formulaire. Je suis avisé(e) que ce formulaire ne constitue pas une confirmation officielle et que cette demande doit être approuvée par le Registraire du Collège.

16. Nom du candidat(e): \_\_\_\_\_  
(Prénom) (2<sup>e</sup> prénom) (nom)
17. Signature du candidat(e): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_