



The National Alliance of  
Respiratory Therapy Regulatory Bodies

L'Alliance nationale des organismes de  
réglementation de la thérapie respiratoire

## FORMULAIRE DE VÉRIFICATION DE L'INSCRIPTION AUPRÈS D'UN ORGANISME DE RÉGLEMENTATION

### SECTION 1

Cette section doit être remplie par le **DEMANDEUR**. Une fois remplie, veuillez l'acheminer à l'organisme de réglementation auprès duquel vous êtes ou avez déjà été inscrit.

Je, \_\_\_\_\_ cherche à m'inscrire dans la province de \_\_\_\_\_  
EN LETTRES MOULÉES PROVINCE

et j'autorise \_\_\_\_\_ de fournir les renseignements demandés à la  
ORGANISME RE RÉGLEMENTATION

Section 2 ainsi que toute autre information supplémentaire demandée par l'organisme de réglementation dans la province ou le territoire où je désire m'inscrire ou obtenir un permis d'exercice.

\_\_\_\_\_  
NOM DU DEMANDEUR NO DE PERMIS

\_\_\_\_\_  
COURRIEL TÉLÉPHONE DATE JJ/MM/AA

### SECTION 2

Cette section est remplie par l'**ORGANISME DE RÉGLEMENTATION** auprès duquel vous êtes ou avez déjà été inscrit. Une fois remplie, elle sera envoyée directement à l'organisme de réglementation auprès duquel vous voulez vous inscrire.

Je, soussigné, \_\_\_\_\_ agissant au nom de \_\_\_\_\_  
REGISTRAIRE ou DÉLÉGUÉ ORG. DE RÉGLEMENTATION

atteste par la présente que les déclarations suivantes ainsi que toute autre information fournie sont vraies and exactes en ce qui concerne les antécédents d'inscription de :

\_\_\_\_\_  
NOM DU DEMANDEUR NO DE PERMIS

Période d'inscription : \_\_\_\_\_  
DU JJ/MM/AA À JJ/MM/AA



The National Alliance of  
Respiratory Therapy Regulatory Bodies

L'Alliance nationale des organismes de  
réglementation de la thérapie respiratoire

1. Des modalités (ordonnances, ententes), conditions ou restrictions s'appliquent-elles à l'inscription ou au permis actuel du demandeur (p. ex. : à la suite d'une plainte / rapport d'employeur, d'une enquête ou d'une procédure)? OUI  NON
2. Le demandeur fait-il ou a-t-il déjà fait l'objet d'une enquête ou d'une procédure (p. ex., liée à une faute professionnelle, incompétence ou incapacité)? OUI  NON
3. À votre connaissance, le demandeur a-t-il déjà été reconnu coupable d'une infraction criminelle ou d'une infraction en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ou de la *Loi sur les aliments et drogues* (Canada)? OUI  NON
4. Le demandeur a-t-il des obligations non respectées en ce qui concerne les exigences en matière du programme d'assurance de qualité, de formation continue ou de perfectionnement professionnel de votre organisme de réglementation? OUI  NON
5. Êtes-vous au courant d'un événement, d'une circonstance, d'un état ou d'une question non mentionnée ci-dessus, qui s'avère pertinent quant à la compétence, à la conduite ou aux capacités physiques et mentales du demandeur qui pourrait empêcher sa capacité de fonctionner à titre de thérapeute respiratoire? OUI  NON
6. Le demandeur satisfait-il aux exigences de maintien de compétence? OUI  NON  S.O.

Si vous avez répondu OUI aux énoncés 1 à 5, veuillez fournir des renseignements supplémentaires, y compris une description de l'affaire, des conclusions pertinentes et de toute ordonnance ou pénalité qui en découle.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU REGISTRAIRE OU DÉLÉGUÉ

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
JJ/MM/AA

\_\_\_\_\_  
TITRE

Une fois la Section 2 remplie, veuillez l'acheminer à l'organisme de réglementation appropriée :

CARTA	<a href="mailto:bryan.buell@carta.ca">bryan.buell@carta.ca</a>
OTRO	<a href="mailto:taylor@crto.on.ca">taylor@crto.on.ca</a>
MARRT	<a href="mailto:registrar@marrt.org">registrar@marrt.org</a>
ATRNB	<a href="mailto:registrar@nbart.ca">registrar@nbart.ca</a>
NLCHP	<a href="mailto:alice.kennedy@nlchp.ca">alice.kennedy@nlchp.ca</a>
NSCRT	<a href="mailto:registrar@nscrt.com">registrar@nscrt.com</a>
OPIQ	<a href="mailto:dg@opiq.qc.ca">dg@opiq.qc.ca</a>
SCRT	<a href="mailto:win.haines@scrt.ca">win.haines@scrt.ca</a>

SCEAU DE  
L'ORGANISME DE  
RÉGLEMENTATION