

New Brunswick Association of Respiratory Therapists Inc.  
L'Association des thérapeutes respiratoires du Nouveau-Brunswick Inc.

500 St. George Street  
Moncton, NB, E1C 1Y3

## Formulaire de vérification d'inscription

### Section 1

---

**Le requérant doit remplir la section suivante et l'acheminer à l'organisme de réglementation dans la ou les juridictions dans laquelle ou lesquelles il est inscrit à titre de thérapeute respiratoire ou membre d'une autre profession de la santé.**

Par la présente, je soussigné, \_\_\_\_\_, autorise  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Nom de l'organisme de réglementation professionnelle

de fournir les renseignements demandés ci-dessous ainsi que toute autre information demandée par L'Association des thérapeutes respiratoires du Nouveau-Brunswick afin de traiter ma demande de permis d'exercice.

\_\_\_\_\_  
Signature du requérant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
No. de tél. du requérant

\_\_\_\_\_  
No. de permis du requérant

### Section 2

---

**L'organisme de réglementation doit remplir la section suivante et l'acheminer directement à l'ATRNB.**

Je, \_\_\_\_\_, registraire/secrétaire agissant au nom de  
Nom du registraire/secrétaire

\_\_\_\_\_ confirme que les énoncés suivants relatifs au certificat d'inscription/permis  
Organisme de réglementation

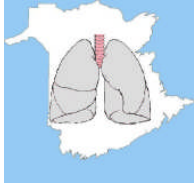
d'exercice de \_\_\_\_\_  
Nom du requérant No. d'inscription/permis

obtenu le \_\_\_\_\_ et détenu jusqu'à \_\_\_\_\_ sont vrais et exacts.  
(jj/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa)

1. Existent-t-il des restrictions ou des conditions au permis d'exercice du requérant?

Oui  Non

**N.B.:** Veuillez noter que le genre masculin est utilisé aux seules fins d'alléger le texte.



New Brunswick Association of Respiratory Therapists Inc.  
L'Association des thérapeutes respiratoires du Nouveau-Brunswick Inc.

500 St. George Street  
Moncton, NB, E1C 1Y3

2. Y a-t-il ou y a-t-il déjà eu des poursuites en instance contre le requérant en raison d'inconduite professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité?

Oui  Non

3. À votre connaissance, le requérant a-t-il déjà été reconnu coupable d'un acte criminel ou d'une infraction à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (Canada) ou la *Loi sur les aliments et drogues* (Canada)?

Oui  Non

4. Êtes-vous au courant d'événements, de circonstances, de conditions ou d'affaires qui n'ont pas été mentionnés ci-dessus relatifs à la compétence, à la conduite ou à la capacité physique ou mentale du requérant qui pourraient nuire à l'exercice de ses fonctions en tant que thérapeute respiratoire?

Oui  Non

\*Si vous avez répondu oui à au moins l'une des questions précédentes, veuillez fournir des détails sur une feuille séparée en décrivant l'affaire en question, les données pertinentes et toute autre ordonnance ou sanction.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

○  
Sceau