

## Certificat de conduite professionnelle

Doit être remplie par l'auteur de la demande de certificat et envoyée par [courriel électronique à l'OHDO](#).

<b>NOM DE FAMILLE</b>	<b>PRÉNOM(S)</b>	<b>ANCIEN(S) NOM(S)</b> (le cas échéant)	
<b>ADRESSE POSTALE :</b>	Rue	Ville	
	Province	Code postal	Pays
<b>TÉLÉPHONE</b>	<b>TÉLÉCOPIEUR</b>	<b>ADRESSE COURRIEL</b>	
<b>N° D'INSCRIPTION</b>	<b>NOM DE L'ORGANISME DE RÉGLEMENTATION</b>		
	<b>ADRESSE</b>		

**DROITS :** Des droits de 15\$ sont imposés pour obtenir un certificat de conduite professionnelle.

### PAIEMENT EN LIGNE

Un courriel contenant les instructions vous sera envoyé dès que votre demande aura été approuvée.

### AUTORISATION POUR DIVULGUER L'INFORMATION

J'autorise l'Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario à divulguer à l'organisme susmentionné tout renseignement en sa possession concernant mon inscription. Je comprends que ces renseignements peuvent porter sur les éléments suivants : les antécédents en matière d'inscription; les antécédents en matière de conduite, y compris les plaintes et les dossiers disciplinaires; la conformité aux exigences du programme d'assurance de la qualité; et tout autre renseignement demandé par l'organisme ou pertinent à mon aptitude à exercer la profession.

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE**

\_\_\_\_\_  
**DATE**

Si l'organisme de réglementation exige qu'un autre formulaire soit rempli, annexe ce dernier à la présente.