L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DE L'ONTARIO

Demande pour évaluer les diplômes et les qualifications des diplômées de programmes en hygiène dentaire non agréés

RENSEIGNEMENTS SUR LA CANDIDATE

DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	**NOM DE FAMILLE**	**PRÉNOMS** (PREMIER ET SECOND)
ADRESSE DU DOMICILE		
RUE (NUMÉRO, RUE ET NO D'APP.)		**VILLE**
PROVINCE	**PAYS**	**CODE POSTAL** (OU CODE DU PAYS OU ZIP)
N° DE TÉLÉPHONE PRINCIPAL		**ADRESSE DE COURRIEL**

Énumérez tous les établissements d'enseignement fréquentés pour obtenir vos qualifications en hygiène dentaire.

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	VILLE ET PAYS	FRÉQUENTATION DU/AU (MM/AAAA)	ANNÉE DU DIPLÔME	LANGUE D'ENSEI-GNEMENT	NOM DU DIPLÔME OU CERTIFICAT	INCLUS OUI	INCLUS NON
						○	○
						○	○
						○	○
						○	○

Droits d'évaluation : 800,00 $ *

* *Coût peut être modifié sans préavis*

1. L'OHDO ne commencera son évaluation qu'après réception du paiement intégral des frais et de tous les documents requis.
2. Si vous souhaitez autoriser une tierce partie ou un agent à agir en votre nom, une autorisation écrite est requise. L'information, la correspondance et les résultats vous seront communiqués OU à votre agent. Aucun renseignement ne sera divulgué par téléphone.

L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DE L'ONTARIO

CONSENTEMENT/RENONCIATION

En cochant les cases et en signant le formulaire à l'endroit indiqué, vous :

- ☐ Certifiez qu'à votre connaissance l'information fournie est exacte.
- ☐ Réalisez que cette évaluation ne lie pas un établissement ou un organisme, et elle libère l'OHDO de toute responsabilité pour les dommages subis en raison de l'utilisation du rapport d'évaluation.
- ☐ Reconnaissez que si l'OHDO ou ses agents déterminent que UN ou LES documents soumis en vertu d'une demande sont frauduleux, falsifiés, modifiés ou présentent des irrégularités, l'évaluation prendra fin et les droits payés ne seront PAS remboursés.
- ☐ Acceptez qu'une fois payés, les droits ne sont pas remboursables.
- ☐ Permettez à l'OHDO de contacter tout établissement pertinent pour vérifier ou demander, au besoin, des renseignements additionnels avant de conclure l'évaluation.
- ☐ Reconnaissez que tout document ou renseignement relatif à un candidat ou une candidate peut être partagé avec un réseau de services d'évaluation de diplômes, et que vous autorisez ce partage.
- ☐ Certifiez que vous avez lu et bien compris ce qui apparaît plus haut et que vous acceptez les conditions stipulées.

_____ _____

Signature de la candidate Date (MM/JJ/AAAA)

LA DEMANDE NE SERA PAS TRAITÉE SANS UNE SIGNATURE VALIDE

ENVOYER À :
registration@cdho.org

Juillet 2025