

Demande pour l'évaluation des compétences cliniques à des fins d'inscription

RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU :

Demande reçue le : _____ Date de l'évaluation clinique : _____

Lieu de l'évaluation clinique : _____

Résultat de l'évaluation clinique : Réussite Échec

1 500,00 \$ CAD - FRAIS REQUIS POUR L'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES CLINIQUES

Je paierai les frais dès que ma demande aura été approuvée. Je comprends que de manquer au prompt paiement de ces frais après mon approbation peut entraîner l'annulation de ma demande et de la place qui m'était réservée pour cette évaluation.

Les paiements en ligne peuvent être effectués seulement par carte **Visa** ou **MasterCard**, y compris la carte débit Visa et la carte débit MasterCard. Le système bancaire en ligne ne traite pas les cartes prépayées ou cartes-cadeaux.

Chèque certifié OU Mandat
(Exigibles par l'OHDO en monnaie canadienne)

**L'ARGENT COMPTANT ET
LES CHÈQUES PERSONNELS
NE SONT PAS ACCEPTÉS.**

COORDONNÉES

AVEZ-VOUS BESOIN D'UNE UNITE POUR GAUCHERS?

Oui

Non

NOM DE FAMILLE

PRÉNOMS

**ADRESSE RÉSIDENTIELLE
(ACTUELLE):**

Rue

N° d'app. ou d'unité

Ville

Province

Code Postale

TÉLÉPHONE

ADRESSE DE COURRIEL

**N° D'INSCRIPTION DE
L'OHDO (s'il y a lieu)**

LANGUE PRÉFÉRÉE POUR L'ÉVALUATION ÉCRITE :
Anglais Français

ÉTUDES EN HYGIÈNE DENTAIRE

NOM DU COLLÈGE

LIEU

DATE D'OBTENTION DU DIPLOME

DOCUMENTATION REQUISE

(cochez une case):

OR

Copie du diplôme en hygiène dentaire – ci-jointe
ou en dossier

Formulaire C et relevé de notes – provenant
directement du collège où vous avez obtenu
votre diplôme

AVEZ-VOUS RÉUSSI L'ECNHD?

Oui Non

DATE

N°

AVEZ-VOUS ÉCHOUÉ UNE ÉVALUATION CLINIQUE EN ONTARIO OU DANS UNE
AUTRE PROVINCE OU AILLEURS?

Oui Non

SI OUI, OÙ

QUAND

ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

COMPAGNIE D'ASSURANCE

N° DE POLICE

MONTANT DE LA COUVERTURE

DATE D'EXPIRATION

DOCUMENTATION REQUISE

Copie de la police d'assurance responsabilité professionnelle – ci-jointe

JE CERTIFIE QUE L'INFORMATION CI-DESSUS EST EXACTE ET JE CONSENTE À CE QUE
MES RÉSULTATS SOIENT COMMUNIQUÉS À D'AUTRES ORGANISMES DE
RÉGLEMENTATION EN HYGIÈNE DENTAIRE.

Signature de la candidate

Date