Réinitialiser

L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DE L'ONTARIO

Attestation pour les candidats et les candidates « de plein droit »

NOM DU CANDIDAT OU DE LA CANDIDATE :

J'ai fait une demande d'inscription auprès de l'OHDO en créant un compte dans le portail libre-service et en remplissant le formulaire de demande en ligne.

Afin de pouvoir exercer la profession d'hygiéniste dentaire en Ontario pendant que ma demande est en cours d'examen par l'OHDO, **j'affirme et déclare ce qui suit :**

1. Je suis actuellement inscrit ou inscrite en règle en tant qu'hygiéniste dentaire dans la province ou territoire suivant : Alberta

   Mon numéro de licence/d'inscription est le
2. Au cours des deux dernières années, je n'ai été refusée par aucune autorité réglementaire au Canada.
3. Je n'ai jamais été reconnue coupable de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité.
4. Je ne fais actuellement l'objet d'aucune enquête pour faute professionnelle, incompétence ou incapacité.
5. Je suis titulaire d'une assurance responsabilité professionnelle applicable en Ontario, dont le montant et la forme sont conformes aux règlements administratifs de l'OHDO.
6. Je comprends que je dois immédiatement cesser d'exercer la profession d'hygiéniste dentaire en Ontario si l'une des situations suivantes se produit :
   - Je ne remplis plus les critères énoncés aux paragraphes 1 à 5 ci-dessus.
   - Ma demande d'inscription auprès de l'OHDO a été rejetée.
   - Je n'ai pas reçu de certificat d'inscription de la part de l'OHDO dans les six mois suivant ma demande.
7. Je comprends que je ne peux utiliser que le titre « hygiéniste dentaire autorisée » et que je dois me conformer au champ d'exercice de l'hygiène dentaire en Ontario lorsque j'exerce dans cette province.
8. Je comprends que je ne peux fournir des services d'hygiène dentaire aux patients de l'Ontario que lorsque je suis physiquement présent ou présente en Ontario (c.-à-d. que je ne peux pas fournir de services à distance/de télésanté à partir d'une autre juridiction).

SIGNATURE :

DATE :