L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DE L'ONTARIO

Formulaire de demande de dispositions spéciales pour l'évaluation écrite de l'assurance de la qualité (Évaluation AQ) de l'Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario (OHDO)

L'OHDO reconnaît que les candidates ayant des besoins physiques, cognitifs ou autres besoins spéciaux peuvent nécessiter de dispositions spéciales lors de l'Évaluation AQ. Les candidates qui présentent une demande de dispositions spéciales doivent remplir ce formulaire avant de tenter l'évaluation écrite. Veuillez soumettre les détails de toutes dispositions spéciales qui vous ont été fournies précédemment dans tout autre examen, test ou situation académique. Toutes les informations recueillies sur cette application ainsi que toute documentation à l'appui seront traitées de manière confidentielle et ne seront partagées avec aucune source sans votre permission.

Les demandes de dispositions spéciales sont sujettes à l'approbation du Registraire et/ou du comité d'inscription. Une confirmation écrite des demandes de dispositions spéciales acceptées sera fournie.

PARTIE 1 (DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE CANDIDAT)

Coordonnées

Nom de famille :		Prénom(s) :	
Noms précédents :			
Adresse résidentielle courante	Rue :		N° d'app. :
	Ville :	Province :	Code postal :
	N° de tél. :	Adresse de courriel :	

Information au sujet des dispositions spéciales

Nature de votre handicap :

Veuillez décrire la disposition spéciale requise :

Détails de toutes dispositions spéciales fournies précédemment :

Commentaires :

Signature :	Date : (MM/JJ/AAAA)

L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DE L'ONTARIO

Documents à l'appui de la demande de disposition spéciale pour l'évaluation écrite de l'assurance de la qualité (Évaluation AQ) de l'Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario (OHDO)

Si vous avez un handicap qui nécessite une disposition spéciale lors de l'**Évaluation AQ** de l'OHDO, cette section doit être complétée par un professionnel approprié (e.g. médecin, psychologue, conseiller en réadaptation, éducateur spécialisé ou autre professionnel) pour certifier que votre état nécessite une demande de disposition spéciale.

Les formulaires qui n'ont pas été complétés par un professionnel approprié ne seront pas acceptés.

PARTIE 2 (DOIT ÊTRE REMPLIE PAR UN PROFESSIONNEL APPROPRIÉ)

Information relative au demandeur

Nom de famille :		Prénom(s) :	
Noms précédents :			
Adresse résidentielle courante	Rue :		N° d'app. :
	Ville :	Province :	Code postal :
	N° de tél. :	Adresse de courriel :	

Information relative au professionnel

Titre :	Nom de famille :	Prénom(s) :	
Adresse du bureau	Rue :		N° de suite :
	Ville :	Province :	Code postal :
	N° de tél. :	Adresse de courriel :	

Déclaration d'un besoin de disposition spéciale

Je connais (NOM DU DEMANDEUR) depuis (MM/JJ/AAAA)

en ma qualité de (TITRE PROFESSIONNEL)

En raison de la nature de l'invalidité du candidat ou de la candidate (DESCRIPTION DU HANDICAP DU/DE LA CANDIDAT[E])

Selon mon avis professionnel, le candidat ou la candidate devrait recevoir la ou les dispositions spéciales suivantes :

(DESCRIPTION DE LA OU DES DISPOSITIONS SPÉCIALES)

Signature :	Date : (MM/JJ/AAAA)