
Date de réception de la demande
Date application received

Reçu par
Received by

N° de candidat
Candidate n°

« Tout faux renseignement ou document fourni sciemment par le demandeur pourra entraîner le rejet de la présente demande ou la révocation du permis d'exercice si celui-ci a déjà été émis. »

«All information or documents knowingly submitted by the applicant that are false, may result in the present request being rejected or the license to practice being revoked if it has already been delivered.»

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ÉQUIVALENCE DE DIPLÔME OU DE FORMATION DE LA MÉDECINE DENTAIRE
APPLICATION FOR A DIPLOMA OR TRAINING EQUIVALENCY IN DENTAL MEDICINE**

Renseignements personnels

General Information

1. Nom • Name

Prénom complet Given name	Nom de famille Surname

2. Adresse de résidence • Home address

N° civique Civic number	Rue Street	Bureau Suite
Ville City	Province Province	Code postal Postal code
Téléphone Phone number	Télécopieur Fax	Adresse électronique E-mail address

3. Adresse principale de pratique actuelle • Principal office address

N° civique Civic number	Rue Street	Bureau Suite
Ville City	Province Province	Code postal Postal code
Téléphone Phone number	Télécopieur Fax	Adresse électronique E-mail address

4. Naissance • Birth

Date

Année Year	Mois Month	Jour Day

Lieu de naissance Place of birth

Sexe : Féminin Female Masculin Male
Sex: Féminin Female Masculin Male

Si né(e) à l'extérieur du Canada, avez-vous obtenu votre citoyenneté canadienne?
If born outside Canada, have you obtain your citizenship?

Oui Yes Non No Depuis

Since

Si né(e) à l'extérieur du Canada et non-citoyen canadien, êtes-vous résident permanent?
If born outside Canada and not a Canadian citizen, are you a permanent resident?

Oui Yes Non No Depuis

Since

5. Langues parlées • Spoken Languages

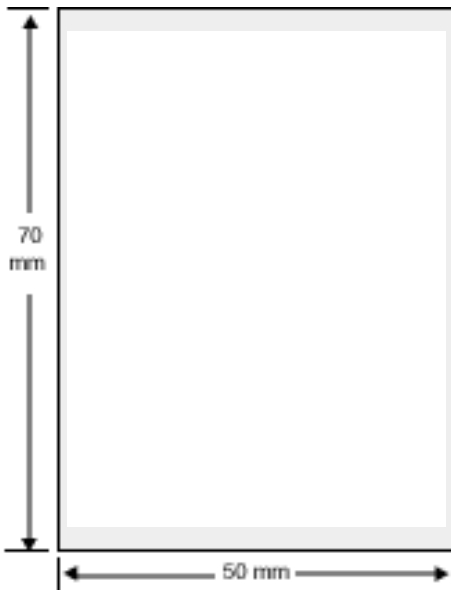
Français French Anglais English Autres Others

Spécifiez Specify

Langue dans laquelle vous désirez recevoir le courrier : Français French Anglais English
Language in which you wish to receive your mail:

Langue dans laquelle vous désirez rédiger vos évaluations : Français French Anglais English
Language in which you wish to receive your mail:

6. Êtes-vous? Droitier Gaucher
Are you? Right handed Left handed



Coller une photographie de l'auteur de la demande format photo
passport

Paste a photograph of the applicant such as a passport photo

Études antérieures à la formation en médecine dentaire

Pre-Dental Education

7. Collèges ou Universités fréquentés • Colleges or Universities attended

Nom de l'établissement Name of Institution	Endroit Location	Diplôme obtenu Diploma or Degree	Date De From	A to
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Formation en médecine dentaire

Dental Education Training

8. Facultés ou écoles dentaires fréquentées • Dental School attended

Nom de l'établissement Name of Institution	Endroit Location	Diplôme obtenu Diploma or Degree	Date De From	A to
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

9. Études post-doctorales de deuxième ou troisième cycle (médecine dentaire ou autre) • Postgraduate training (dentistry or others)

Nom de l'établissement Name of Institution	Endroit Location	Diplôme obtenu Diploma or Degree	Date De From	A to
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**10. Examen d'admissibilité du Bureau national d'examens dentaires du Canada (BNED)
Admissibility examination of the National Dental Examinations Board of Canada (NEDB)**

Avez-vous réussi la partie I du BNED ? Oui Yes Non No

Have you passed the NDEB part I?

Si oui, joindre une copie de vos résultats • If yes, enclose a copy of your result

Avez-vous réussi la partie II du BNED ? Oui Yes Non No

Have you passed the NDEB part II?

Si oui, joindre une copie de vos résultats • If yes, enclose a copy of your result

10. Avez-vous réussi l'examen du Collège royal des chirurgiens dentistes du Canada ? Si oui, dans quelle spécialité et quelle date ? Joindre une attestation.

Have you passed the Royal College of Dental Surgeons of Canada examination ? If yes, in which specialty and when (date)? Enclose certification.

Oui Yes

Non No

Si oui, spécifiez

Spécialité
Specialty

Date

Permis d'exercice antérieur(s)

Previous Licenses

11. Énumérez les provinces canadiennes ou pays où vous avez déjà obtenu un permis d'exercice de médecine dentaire ou autres permis conduisant à l'exercice d'une profession.

List the Canadian provinces or countries where you have previously obtained a license to practice dentistry or other licenses allowing the practice of a profession.

Endroit
Location

Date d'émission du permis
License issued

Endroit
Location

Date d'émission du permis
License issued

Permis d'exercice actuel(s)

Current Licenses

12. Énumérez les provinces canadiennes ou pays où vous détenez actuellement un permis d'exercice de la médecine dentaire valide. Joindre une lettre de bonne conduite signée par le secrétaire de chaque juridiction en médecine dentaire.

List the Canadian provinces or countries where you currently have a valid license to practice dentistry. Attach a letter of good standing signed by the Secretary of each jurisdiction in dentistry.

Endroit
Location

Date d'émission du permis
License issued

Endroit
Location

Date d'émission du permis
License issued

Renseignements disciplinaires et judiciaires

Judicial and Disciplinary Informations

13. Faites-vous actuellement l'objet d'une plainte disciplinaire devant un comité de discipline d'un ordre professionnel?

Are you currently the subject of a disciplinary complaint?

Oui Yes

Non No

Si oui, joindre une copie de la plainte disciplinaire.
If yes, please attach a copy of the complaint.

- 14. Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision disciplinaire d'un ordre professionnel? Si oui, joindre une copie de la décision finale.**

Have you ever been the subject of a disciplinary decision? If yes, please attach a copy of the final decision

Oui Yes Non No

Si oui, joindre une copie de la décision finale.
If yes, please attach a copy of the final decision.

- 15. Vous a-t-on déjà révoqué, limité ou suspendu votre permis d'exercice de la médecine dentaire ou tout autre permis d'exercice?**

Has your license to practice dentistry or any other license to practice been revoked, limited or suspended?

Oui Yes Non No

Si oui, quelle date? Donnez les détails et joindre une copie de la décision.
If yes, when (date)? Give details and attach a copy of the decision.

_____ |
Date

- 16. Avez-vous déjà fait l'objet d'une radiation provisoire, temporaire ou permanente?**

Have you ever been the subject of a provisional, temporary or permanent removal from a Roll or Registry?

Oui Yes Non No

Si oui, quelle date? Donnez les détails et joindre une copie de la décision.
If yes, when (date)? Give details and attach a copy of the decision.

_____ |

- 17. Vous a-t-on déjà refusé un permis d'exercice professionnel au Canada ou dans un autre pays? Pour quels motifs?**

Have you ever been refused when making an application for a license to practice dentistry in Canada or in another country?

Oui Yes Non No

Si oui, veuillez expliquer les faits.
If yes, please explain the circumstances.

Infraction criminelle

Criminal Offence

- 18. Avez-vous déjà été reconnu coupable d'une infraction criminelle au Canada ou dans un autre pays?**

Have you ever been convicted of a criminal offence by a Canadian or foreign court?

Oui Yes Non No

Si oui, veuillez expliquer les faits et joindre une copie du jugement de la Cour, le cas échéant.
If yes, please explain the facts and attach a copy of the court ruling.

DÉCLARATION

DECLARATION

JE SOUSSIGNÉ(E), AFFIRME SOLENNELLEMENT QUE LES DÉCLARATIONS CONTENUES DANS LE PRÉSENT DOCUMENT SONT CONFORMES À LA VÉRITÉ ET J'AUTORISE TOUTE VÉRIFICATION.

I HEREBY, DO SOLEMNLY AFFIRM THAT THE DECLARATION AND INFORMATION SUPPLIED IN REPLY TO THIS QUESTIONNAIRE ARE TRUE AND I AUTHORIZE ALL NECESSARY VERIFICATION.

Signature de l'applicant(e) ▪ Signature of applicant

Date

Affirmé solennellement devant moi à :
Solemnly affirmed before me at:

Ville/City

Ce/This

Jour/Day

Signature (Juge de paix, commissaire à l'assermentation, Notaire)
Signature (Justice of the Peace, Commissioner of Oath, Notary)

Sceau
Seal

Documents à joindre à votre application de demande d'équivalence de formation

1. Relevé de notes détaillé incluant la description des cours suivis et le nombre d'heures (copie certifiée de l'original et, s'il y a lieu, copie certifiée de la traduction).

2. Copie certifiée de votre diplôme ou une preuve de son obtention (copie certifiée de l'original et, s'il y a lieu, copie certifiée de la traduction).

3. Attestation d'expérience pertinente de travail de votre/vos employeur(s) ou déclaration solennelle écrite de votre expérience de travail **de dentiste effectuée au cours des cinq années précédant la demande de reconnaissance d'équivalence** (original et, s'il y a lieu, copie certifiée de la traduction).

4. Lettre originale de bonne conduite (confirmation aucune sanction disciplinaire à votre dossier professionnel) émanant de ou des ordre(s) professionnel(s) du(des) pays où vous avez exercé.

5. Lettre originale de référence de ou des ordre(s) professionnel(s) dans laquelle ou lesquelles vous êtes membre ou que vous avez été membre depuis l'obtention de votre doctorat.

6. Photocopie du permis d'exercice en médecine dentaire émis par l'ordre professionnel ou ministère de la santé de votre pays.

7. Curriculum vitae professionnel.

8. Copie du résultat de l'examen d'admissibilité du BNED, s'il y a lieu.

9. Copie du diplôme post-doctoral en spécialité.

10. Un résumé des activités d'éducation continue suivies depuis l'obtention de votre doctorat en médecine dentaire.

11. Copie des plaintes disciplinaires, décisions disciplinaires ou condamnation criminelle vous concernant.

12. Photo récente de format passeport (page 2).

13. **Signature du formulaire d'application au processus d'équivalence de formation, soit par un juge de paix, ou un commissaire à l'assermentation, ou un officier d'un Consulat ou Ambassade ou un notaire.**



Required documents to enclose with your Training Equivalence Application Form

1. Academic record including the description of the courses taken, number of hours and grades (Certified copy of the original and of the transcript if applicable).

2. Certified copy of the diploma or proof that it was issued (Certified copy of the original and of the transcript if applicable).

3. Attestation of relevant work experience from your employer or a solemn written declaration of all professional experience **as a dentist during the five years preceding the application** for the training equivalence.

4. Original letter of good standing from the professional Dental Board of your country (confirmation of no disciplinary complaint to your professional file until your last day of practice) recently dated.

5. Letter of reference from each professional Board where you are member or where you have been a member since you obtain your doctorate.

6. Copy of permit to practice dentistry issued by another jurisdiction.

7. Curriculum vitae.

8. Copy of a NDEB Examination result, if applicable.

9. Copy of a postgraduate diploma in Dental Medicine (Master), if applicable.

10. A resume of your continuing education activities since obtaining your doctorate in dentistry.

11. Copy of any disciplinary decision or criminal decision against you.

12. Recent picture signed in passport format (page 2).

13. **Signature of your Equivalency Application Form either by a Justice of the peace, a Commissioner of Oath, a Canadian Consulate or Embassy or by a Notary).**

