

CERTIFICAT DE CONDUITE PROFESSIONNELLE (Formulaire C2)

Remplir ce formulaire et le retourner à :

Ordre des dentistes du Québec
Att. : Service de l'admission
800, rue boul. René-Lévesque Ouest, bureau 1640
MONTRÉAL (Québec) Canada H3B 1X9

À l'organisme de réglementation qui délivre le certificat :

Le candidat qui requiert que vous remplissiez ce formulaire a déposé une demande d'inscription/de permis d'exercice auprès de l'Ordre des dentistes du Québec et a consenti à la divulgation des renseignements demandés. Le certificat de conduite professionnelle rempli, signé et portant le sceau de votre organisme peut être directement transmis, avec tout document annexé, à l'adresse indiquée ci-dessus.

Les dossiers de l'organisme de réglementation qui délivre le certificat contiennent l'information suivante en ce qui concerne :

Prénom _____ Nom _____ Initiale _____

Numéro d'inscription/de permis/de certificat _____

Adresse lieu principal d'exercice

(Telle qu'elle apparaît au registre ou au tableau des membres) _____

Numéro de téléphone (Tel qu'il apparaît au registre ou au tableau des membres) _____

1. PERMIS ET CERTIFICAT(S) DE SPÉCIALISTE

a) Le demandeur

(i) Est inscrit auprès de _____ depuis le (J/M/A) _____ jusqu'au (aujourd'hui ou J/M/A) _____
(L'organisme de réglementation qui délivre le certificat)

(ii) Le demandeur a cessé d'être inscrit au tableau, le cas échéant, pour les raisons suivantes :

b) Le demandeur détient ou a détenu

(i) Un certificat/permis général du (J/M/A) _____ au (aujourd'hui ou J/M/A) _____

(ii) Un certificat/permis spécialiste en _____ du (J/M/A) _____ au (aujourd'hui ou J/M/A) _____

(iii) Un certificat/permis résidence/internat du (J/M/A) _____ au (aujourd'hui ou J/M/A) _____

(iv) Un certificat/permis étudiant du (J/M/A) _____ au (aujourd'hui ou J/M/A) _____

(v) Un certificat/permis professeur du (J/M/A) _____ au (aujourd'hui ou J/M/A) _____

(vi) Autre : _____ du (J/M/A) _____ au (aujourd'hui ou J/M/A) _____

c) Le demandeur a reçu son diplôme de médecine dentaire des institutions suivantes :

Institution Nom/Pays	Diplôme obtenu	Année d'obtention

d) À la connaissance de l'organisme de réglementation qui délivre le certificat, le demandeur est ou a également été inscrit pour exercer la médecine dentaire ou a exercé la médecine dentaire dans les autres territoires de compétence suivants :

Pays/province ou État/région	Inscription	
	Du	Au
	(J/M/A)	(J/M/A)
	(J/M/A)	(J/M/A)
	(J/M/A)	(J/M/A)

e) Le demandeur

- (i) N'a pas d'arriéré quelconque envers votre organisme.
- (ii) A les arriérés suivants :

Type d'arriéré / Depuis / Montant

--

f) Restrictions, conditions ou limitations applicables au permis ou au certificat

- (i) Le demandeur **N'A PAS ET N'A JAMAIS EU** de restriction, de condition ou de limitation applicable à son permis ou à son certificat.
- (ii) Le demandeur **A ACTUELLEMENT OU A DÉJÀ EU** une restriction, une condition ou une limitation applicable à son permis ou à son certificat, dont la nature est la suivante :

Nature de la restriction, condition ou limitation applicable au permis ou certificat / Dates d'application

--

g) Suspension, annulation, révocation ou radiation du tableau

- (i) Le permis ou certificat du demandeur **N'EST PAS ET N'A JAMAIS ÉTÉ** suspendu, annulé, révoqué ou radié du tableau.
- (ii) Le permis ou certificat du demandeur **EST ACTUELLEMENT OU A DÉJÀ ÉTÉ** suspendu, annulé, révoqué ou radié du tableau pour les raisons suivantes :

--

2. DOSSIER DE CONDUITE PROFESSIONNELLE

a) Demandes d'enquête

- (i) Le demandeur **N'A JAMAIS FAIT** l'objet d'une demande d'enquête officielle.
- (ii) Le demandeur **FAIT** actuellement l'objet d'une demande d'enquête officielle, qui est en cours.
- (iii) Le demandeur **A FAIT** l'objet d'une demande d'enquête officielle, qui s'est soldée par votre décision/mesure ou par la démission du demandeur; la nature de la décision/mesure (y compris la décision de ne rien faire) est la suivante :

Nature des demandes d'enquête officielles et décisions / Mesures prises en date des présentes, le cas échéant

b) Enquêtes

- (i) Le demandeur **N'A JAMAIS FAIT** l'objet d'une enquête.
- (ii) Le demandeur **FAIT** actuellement l'objet d'une d'enquête, qui est en cours.
- (iii) Le demandeur **A FAIT** l'objet d'une d'enquête, qui s'est soldée par votre décision/mesure ou par la démission du demandeur; la nature de la décision/mesure (y compris la décision de ne rien faire) est la suivante :

Nature des enquêtes et décisions / Mesures prises en date des présentes, le cas échéant

c) Procédures disciplinaires

- (i) Le demandeur **N'A JAMAIS FAIT** l'objet d'une procédure disciplinaire.
- (ii) Le demandeur **FAIT** actuellement l'objet d'une procédure disciplinaire, qui est en cours.
- (iii) Le demandeur **A FAIT** l'objet d'une procédure disciplinaire, qui s'est soldée par votre décision/mesure ou par la démission du demandeur; la nature de la décision/mesure (y compris la décision de mettre fin à la procédure) est la suivante :

Nature de la procédure disciplinaire et décisions ou mesures / Date / Résultat

d) Évaluation de l'aptitude à l'exercice* (à l'inscription ou par la suite)

- (i) Le demandeur **N'A JAMAIS FAIT** l'objet d'une évaluation ou audience relativement à son aptitude à l'exercice*.
- (ii) Le demandeur **FAIT** actuellement l'objet d'une évaluation ou audience relativement à son aptitude à l'exercice*, qui est en cours.
- (iii) Le demandeur **A FAIT** l'objet d'une évaluation ou audience relativement à son aptitude à l'exercice*, qui s'est soldée par votre décision/mesure ou par la démission du demandeur; la nature de la décision/mesure (y compris la décision de ne rien faire) est la suivante :

*Impliquant un trouble de l'état physique ou psychique ou un problème de toxicomanie, notamment la dépendance à l'alcool / Date / Résultat

3. PROGRAMMES D'ASSURANCE QUALITÉ

a) Inspection professionnelle

Obligatoire

Facultative

(i) Le demandeur **NE FAIT PAS ET N'A JAMAIS FAIT** l'objet d'une inspection professionnelle autre que celles prévues au programme de surveillance générale.

(ii) Le demandeur **FAIT OU A DÉJÀ FAIT** l'objet d'une inspection professionnelle **AUTRE QUE** celles prévues au programme de surveillance générale, dont la nature ou l'issue est la suivante :

Nature de l'inspection et mesure prise en date des présentes, le cas échéant

c) Exigence de pratique active

Obligatoire
(Donnez les détails)

Facultative

(i) Le demandeur s'est toujours conformé aux exigences sur la formation dentaire continue.

(ii) Le demandeur ne se conforme pas ou ne s'est pas conformé par le passé aux exigences sur la formation dentaire continue.

Nature de la non-conformité et mesure prise en date des présentes, le cas échéant

c) Exigence de pratique active

Obligatoire
(Donnez les détails)

Facultative

(i) Le demandeur s'est-il conformé à vos exigences sur les heures de pratique active? Oui Non S. o.

(ii) Le demandeur a-t-il déjà interrompu ou arrêté sa pratique? Oui Non Ne sait pas

Dans l'affirmative, veuillez préciser les dates

Du	Au
(J/M/A)	(J/M/A)
(J/M/A)	(J/M/A)
(J/M/A)	(J/M/A)
(J/M/A)	(J/M/A)

4. AUTRE INFORMATION PERTINENTE QUI VOUS A ÉTÉ RAPPORTÉE

(l'organisme de réglementation qui délivre le certificat)

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

a) Documents ou feuilles supplémentaires joints: Oui Non

5. CERTIFICATION / SIGNATURE

Nom _____
EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Prénom _____
EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Titre _____

Signature _____

Date _____
J/M/A

Signé et sceau apposé en date des présentes
(sceau de l'organisme de réglementation
qui délivre le certificat)