

**CERTIFICAT DE CONDUITE PROFESSIONNELLE :
CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

(À remplir si vous désirez que l'Ordre des dentistes du Québec communique des renseignements personnels vous concernant à un autre organisme de réglementation dentaire dont les renseignements compris au Certificat de conduite professionnelle.)

Je, Dr. _____ ai présenté une demande de permis / certificat / inscription auprès de _____ en vue d'exercer la médecine dentaire en / au _____.

Par la présente, j'autorise l'Ordre des dentistes du Québec à communiquer à

_____ les documents et renseignements contenus à mon dossier et de remettre, à mes frais, tous les renseignements qu'il peut détenir relativement à ma demande, à mes antécédents, y compris les demandes d'enquête, enquêtes elles-mêmes et procédures disciplinaires ou questions non réglées à ces égards dont je pourrais faire l'objet; à ma formation dentaire continue; ainsi qu'à ma conduite, mes compétences, mes capacités professionnelles ou mon aptitude à l'exercice, y compris tout document sur ces aspects se trouvant dans mon dossier.

Cette autorisation est valide pour le temps nécessaire au traitement de ma demande de permis / certificat / inscription et prend fin lorsqu'une décision finale sera prise sur cette demande.

SIGNATURE DU MEMBRE

DATE