

## 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

#### b) Formation dentaire continue

 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)