

**CERTIFICAT DE CONDUITE PROFESSIONNELLE
CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
À DES FINS D'ENREGISTREMENT/DE LICENCE (Formulaire C1)**

J'ai fait une demande auprès de (Nom de l'organisme de réglementation)

pour l'obtention d'un permis d'exercice/l'inscription afin d'exercer la médecine dentaire dans la province/l'État de

Par les présentes, j'autorise et ordonne donc à l'Ordre des dentistes du Québec de divulguer à :

Nom de l'organisme de réglementation _____

Adresse _____

Ville _____ Province/État _____

Téléphone _____ Code postal _____

Personne ressource _____ Courriel _____

toute information que l'Ordre des dentistes du Québec peut détenir concernant ma conduite professionnelle, ma compétence, ma conformité au programme d'assurance de la qualité et mon aptitude à exercer la profession, y compris fournir une copie de toute information écrite dans mon dossier concernant ces questions, la présente autorisation conférant une pleine, entière et irrévocable autorité à l'Ordre pour ce faire.

Je comprends les implications juridiques et j'approuve la divulgation de toute information demandée par l'organisme de réglementation susmentionné. Je comprends également que j'ai le droit de requérir des conseils juridiques avant de signer ce formulaire.

Nom du dentiste – en caractères d'imprimerie _____

Signature du dentiste _____

Numéro de permis ODQ _____ Date de signature (M/D/Y) _____

Adresse _____ Ville _____

Province/État _____ Code postal _____

Courriel _____

**Veillez envoyer votre formulaire de consentement dûment rempli par courrier électronique à :
admission@odq.qc.ca**