

Ce formulaire doit être retourné à l'équipe de renouvellement du MSSS, direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence, ministère de la santé et des services sociaux au 1075, chemin Ste-Foy, 9^e étage, Québec (Québec) G1S 2M1.

--

1) RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ

Nom à la naissance	Nom de personne mariée	Prénom	Sexe H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
--------------------	------------------------	--------	---

Adresse

Numéro	Rue	App.
--------	-----	------

Ville	Province	Code postal
-------	----------	-------------

Téléphone principal	Poste	Type Professionnel <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Téléavertisseur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
---------------------	-------	--

Téléphone secondaire	Poste	Type Professionnel <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Téléavertisseur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
----------------------	-------	--

Adresse courriel	Date de naissance (J-M-A)
------------------	---------------------------

Adresse de correspondance (si différente)

Numéro	Rue	App.
--------	-----	------

Ville	Province	Code postal
-------	----------	-------------

2) CARTE DE STATUT

Numéro de la carte (ou matricule) : _____ Date d'expiration : _____

Nom du dernier CISSS/CIUSSS/US d'appartenance : _____

3) NIVEAU DE SOINS

Soins primaires
 Soins avancés

4) EMPLOYEURS AMBULANCIERS

Inscrire tous les employeurs ambulanciers avec lesquels vous avez un lien d'emploi

Nom de l'employeur	Adresse	Secteur

5) APPARTENANCE À UN OU PLUSIEURS ORDRES PROFESSIONNELS (JOINDRE UNE PREUVE D'INSCRIPTION)

Êtes-vous membre d'un ou de plusieurs ordres professionnels?
 Non Oui Si oui, indiquer le nom du ou des ordres et votre ou vos numéros de membre : _____

6) DÉCISION JUDICIAIRE (JOINDRE – OU POSTER, UNE COPIE CERTIFIÉE D’ATTESTATION D’ABSENCE D’ANTÉCÉDENT JUDICIAIRE, DU JUGEMENT OU DU PLUMITIF)

Avez-vous déjà été déclaré coupable d’un acte criminel au Québec, au Canada ou à l’étranger?
(Répondez « Non » si vous n’avez pas été le sujet d’une condamnation ou si vous avez obtenu un pardon.)

- Non
 Oui Indiquer la date du jugement : _____

Indiquer la nature et les motifs de la condamnation : _____

7) DÉCLARATIONS

VÉRACITÉ

Je demande à récupérer mon statut actif au registre national de la main-d’œuvre des techniciens ambulanciers. J’ai dûment rempli ce formulaire et affirme que tous les renseignements sont vrais.

CODE DE CONDUITE

Je m’engage par la présente à respecter le code de conduite provincial des techniciens ambulanciers paramédics du Québec.

Signature : _____ Date : _____

SECTIONS RÉSERVÉES AU TRAITEMENT DE LA DEMANDE

Numéro de la carte (ou matricule) : _____ Date d’expiration : _____

Nom du CISSS/CIUSSS/US d’appartenance : _____

FORMATION(S) OBLIGATOIRE(S) REQUISE(S)

Formation(s) obligatoire(s) requise(s) :

Liste

Transmission par la poste : Équipe de gestion du registre national
Direction des services préhospitaliers d’urgence
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 9e étage
Québec (Québec) G1S 2M1