

Type de formulaire

Formulaire pour faire une demande d'inscription au processus de la mobilité de la main-d'œuvre du Québec

L'inscription fait référence à une personne dont le statut est inscrit (ou l'équivalent), de sorte qu'elle a réussi l'examen d'entrée à la pratique d'un organisme de réglementation paramédical canadien et peut être certifiée, sous réserve de satisfaire aux exigences de cette autorité de réglementation.

Le certificat fait référence à une personne dont le statut est certifié (ou l'équivalent), de sorte qu'elle est titulaire d'un permis ou d'un permis d'exercice ou l'équivalent délivré par un organisme paramédical canadien qui atteste que la personne est autorisée à exercer.

Les renseignements sur votre identité et ceux fournis par votre organisme de réglementation seront utilisés à des fins d'ouverture et de validation de dossier. Vos renseignements seront conservés par le ministère de la Santé et des Services sociaux jusqu'à la fin du processus.

1. Renseignements sur l'identité

Nom de famille Prénom et deuxième prénom

Noms anciens ou précédents

Adresse

Adresse (n°, rue, bureau) Appartement

Ville Province Code postal

Téléphone principal Poste Type Téléphone secondaire Poste Type

Courriel de correspondance (personnel)

Courriel de correspondance (autre)

Autres organismes de certification sous lesquels l'inscription ou le certificat est ou a été émis (cocher toutes les réponses qui s'appliquent) :

- Colombie Britannique
 Alberta
 Saskatchewan
 Manitoba
 Ontario
 Québec
 Nouveau-Brunswick
 Nouvelle-Écosse
 Île-du-Prince-Édouard
 Terre-Neuve-et-Labrador
 Autre, veuillez énumérer :

Je certifie que l'information sur ce formulaire est authentique, exacte et complète à ma connaissance.

J'autorise la collecte, l'utilisation et la divulgation de toute information concernant ma pratique paramédicale dans le but de vérifier mon statut d'ambulancier paramédical. Je reconnais avoir été informé du processus de vérification, y compris que les informations me concernant peuvent être collectées, utilisées et divulguées, les fins pour lesquelles les informations collectées peuvent être collectées, utilisées et divulguées, le fait que des tiers peuvent avoir accès à ces informations, le fait que ces informations peuvent être transférées en dehors de la province de pratique vers d'autres régions qui peuvent avoir des lois différentes protégeant les informations ou données personnelles, et le processus par lequel je peux accéder aux renseignements collectés à mon sujet à des fins de correction ou de suppression de données erronées. En soumettant mes informations et en signant ci-dessous, je consens sciemment et volontairement à la collecte, à l'utilisation, à la divulgation et à la vérification des informations concernant mon statut, ma pratique et mon certificat en tant qu'ambulancier paramédical, y compris, mais sans s'y limiter, celles concernant les études, les qualifications et les antécédents professionnels, ainsi que la collecte, l'utilisation, la divulgation et la vérification desdites informations par ces organisations. Je comprends et reconnais que les informations recueillies sont nécessaires pour vérifier et confirmer ma pratique et mon statut d'ambulancier paramédical auprès de toute autorité de réglementation paramédicale en vertu de laquelle j'exerce actuellement, dans le but de rechercher des opportunités d'emploi dans un autre territoire de compétence.

Signature du paramédic Date (année-mois-jour)

2. Section du régulateur

Cette section du formulaire doit être remplie par le régulateur. Les formulaires qui ne sont pas remplis complètement seront retournés au candidat.

Ce formulaire doit être rempli par toute autorité sous laquelle le demandeur est inscrit ou a été inscrit.

Régulateur

Nom du candidat

| |

Niveau de pratique (choisir un élément) :

Premier répondant

Paramédic en soins primaires

Paramédic en soins avancés

Paramédic en soins critiques

Numéro d'inscription

Date de l'inscription (année-mois-jour)

| |

Inscription obtenue par (choisir un élément) :

Examen

Inscription précédente

Mobilité de la main-d'œuvre

Autre, précisez : |

|

Ce candidat est-il actuellement certifié (si le certificat est temporaire ou provisoire (veuillez fournir les détails sous Commentaires supplémentaires)?)

Oui, date d'expiration du certificat : |

Non, précisez :

Quelle était la dernière date d'expiration du certificat : |

Ce candidat était-il étudiant au cours de l'année précédente? Oui Non

Est-ce que l'inscription ou le certificat du candidat a été refusé, révoqué, restreint, suspendu ou en cours d'examen à un moment quelconque?

Oui (veuillez fournir des détails, comme le statut, la date de réintégration ou les conditions, le cas échéant, dans les Commentaires supplémentaires)

Non

Commentaires supplémentaires (ne pas inscrire de renseignements personnels sur une autre personne sans son consentement)

Nom du contact

Titre du contact

| |

Courriel du contact

Téléphone

| |

Signature du régulateur

Date (année-mois-jour)

| |

3. Pour nous joindre

Direction des services préhospitaliers d'urgence
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 9^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Courriel : registreTAP@sante.quebec
Téléphone : 581 814-9100, poste 62900