

Demande d'adhésion



NBAMRT/ATRMNB

489, ave Acadie Ave,

Suite/unité 205,

Dieppe, NB E1A 1H7

Tel: 506-382-9673

(À l'usage du bureau seulement)

Date d'inscription

1) INFORMATION PERSONNELLE

Veuillez remplir cette section selon les directives. Si le nom sur vos documents est différent de votre nom actuel, veuillez attacher la preuve du changement de nom.

Prénom

Nom

Prénom précédent (si applicable)

Date de naissance: mois/jour/année

M F

Adresse postale

Ville

Province

Code postale

Téléphone

Courriel

Nom qui figurera sur le certificat d'enregistrement

Êtes-vous actuellement un membre de l'Association canadienne des technologues en radiation médicale (ACTRM)?

Oui Non Si « oui », veuillez indiquer votre numéro d'immatriculation # _____

2) **ADHÉSION** Pratique complète Pratique temporaire Non praticien

Si vous faites une demande d'adhésion pour pratique temporaire, la section suivante n'est pas applicable.

Avez-vous complété avec succès l'examen de l'Association canadienne de technologues en Radiation médicale (ACTRM) dans votre spécialité ?

Oui Non

Si « oui », indiquez la date que l'examen a été achevé : _____

Si « oui », veuillez attacher une lettre ou certificat de l'ACTRM confirmant la réussite de l'examen dans votre domaine spécialisé de la technologie en radiation médicale.

3) DISCIPLINE

Radiologie Médecine nucléaire Radiothérapie Résonance magnétique

Si vous souhaitez vous enregistrer dans plus d'une discipline, vous devez remplir une demande distincte pour chacune.

4) FORMATION APPROUVÉE EN TECHNIQUES DE RADIATION MÉDICALE

Veillez fournir la preuve de réussite d'un programme d'études dans votre domaine de spécialité de technologie en radiation médicale (pour les spécialités de la technologie en radiologie, médecine nucléaire, radiothérapie et résonance magnétique).

Nom du program et de l'Institution

Adresse de l'Institution

Date commencé

Date complété

- Veillez attacher une copie notariée de votre certificat ou un diplôme, ou fournir une lettre originale de votre établissement de formation confirmant la réussite du programme.

5) Si vous faites une demande d'adhésion pour pratique temporaire, la section suivante n'est pas applicable.

PREUVE DE PRATIQUE

Il est nécessaire d'avoir une confirmation de 500 heures de pratique dans la discipline de certification pendant les cinq dernières années. Cette confirmation peut être sous forme d'une lettre d'un ancien employeur, ou une copie d'un relevé d'emploi avec les heures de travail accumulées.

6) DÉCLARATION DE CONDUITE

- a) Avez-vous été trouvé coupable d'une infraction criminelle ou infraction liée à la réglementation de la profession ? Oui Non
- b) Êtes-vous l'objet d'une enquête en cours portant sur une allégation de faute professionnelle, incompétence au Nouveau-Brunswick par rapport à une autre profession de la santé, ou dans une autre juridiction en ce qui concerne la profession ou d'une autre profession de la santé ? Oui Non
- c) Avez-vous fait l'objet d'un constat de faute professionnelle, d'incompétence en ce qui concerne la profession ou d'une autre profession de la santé, Nouveau-Brunswick ou dans une autre juridiction ? Oui Non
- d) Êtes-vous actuellement l'objet d'une procédure portant sur une allégation de faute professionnelle, incompétence ou incapacité par rapport à la profession ou d'une autre profession de la santé, Nouveau-Brunswick ou dans une autre juridiction ? Oui Non
- e) Une conclusion de négligence professionnelle ou faute professionnelle fut-elles déposées contre vous ? Oui Non

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions ci-dessus, veuillez attacher tous les documents nécessaire.

- Tout applicant doivent fournir une Vérification de casier judiciaire et vérification des antécédents, âgé de moins de 3 mois.**

7) CITOYENNETÉ

Vous devez être citoyen canadien **ou** résident permanent, **ou** être autorisé en vertu de l'Immigration et la Protection des réfugiés (Canada), de se livrer à la pratique de la technologie médicale.

- a. Êtes-vous citoyen canadien ? Oui Non
Si vous êtes un citoyen canadien, veuillez joindre une copie de votre certificat de naissance ou preuve de citoyenneté canadienne
- b. Êtes-vous un résident permanent du Canada ? Oui Non
Si vous êtes un résident permanent du Canada, veuillez joindre une copie de votre certificat d'établissement ou carte de résident permanent.
- c. Êtes-vous autorisés en vertu de l'Immigration et la Protection des réfugiés (Canada) à vous engager dans l'exercice de la profession ? Oui Non
Si vous êtes autorisé à exercer la profession en vertu de l'Immigration et la Protection des réfugiés (Canada), veuillez joindre une copie de votre permis de travail.
-

Signature

Date

A être complété par l'administration seulement

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Vérification de casier judiciaire | Date: |
| <input type="checkbox"/> Paiement | Date: |
| <input type="checkbox"/> Preuve d'éducation | Date: |
| <input type="checkbox"/> Preuve de présence à l'examen | Date: |
| <input type="checkbox"/> Preuve de Citoyenneté | Date: |
| <input type="checkbox"/> Preuve de pratique | Date: |
| <input type="checkbox"/> Preuve de résultat | Date: |

Candidat accepté oui non

Signature registraire _____

Date _____

Numéro de membre _____