



## DEMANDE PRATICIENS DE PLEIN DROIT

### 1) LE DROIT LÉGAL DE TRAVAILLER AU CANADA

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

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

Veuillez-vous assurer d'avoir joint les preuves de votre sélection ci-dessus.

### 2) INFORMATION PERSONELLE

Les titulaires sont tenus de s'assurer que l'Ordre dispose d'informations exactes et à jour. Veuillez vérifier et mettre à jour les informations si nécessaire.

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Nom du Milieux: \_\_\_\_\_  
Préférer: \_\_\_\_\_ Pronoms: \_\_\_\_\_ Sexe:  M  F  X Autre: \_\_\_\_\_  
Date de naissance (AAAA/MM/JJ): \_\_\_\_\_ Langues:  Parlé  Écrit  Complet  
Rue: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_  
N<sup>o</sup> Primaire : \_\_\_\_\_ N<sup>o</sup> Secondaire : \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Veuillez-vous assurer que vous avez joint une pièce d'identité avec photo délivrée par le gouvernement.

### 3) INSCRIPTION

Si vous souhaitez postuler pour plus d'une spécialité, vous devez remplir une demande distincte pour chacune.

Radiologie

Radiothérapie

Médecine nucléaire

Résonance magnétique

Êtes-vous actuellement inscrit dans une autre juridiction ?  OUI  NON

Veuillez-vous assurer que vous avez joint une lettre de références professionnelles.

Si « OUI », quelle Province : \_\_\_\_\_

Veuillez-vous assurer que vous avez inclus le formulaire ALEC.

### 4) ÉDUCATION

Veuillez fournir la preuve de réussite d'un programme d'études dans votre domaine de spécialité de technologie de radiation médicale.



Nom de l'institution: _____	Nom du programme: _____	
Nom du responsable du programme : _____	Nº du responsable: _____	Courriel: _____
<input type="checkbox"/> Certificat	<input type="checkbox"/> Diplôme	
Date de début: _____	Date complété: _____	
Une copie de votre certificat ou diplôme est requise. Une lettre de votre établissement d'enseignement confirmant que vous avez terminé le programme avec succès sera acceptée dans l'attente des documents officiels		
<i><input type="checkbox"/> Veuillez à joindre une copie du certificat ou du diplôme.</i>		

### 5) EXAMEN D'INSCRIPTION

Avez-vous passé l'examen d'inscription pour la spécialité à laquelle vous postulez ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si « OUI », veuillez indiquer le nom de l'organisme d'examen et la date à laquelle vous avez obtenu vos résultats : _____		
<i><input type="checkbox"/> Veuillez-vous assurer que vous avez joint une copie des résultats.</i>		

### 6) INFORMATION SUR L'EMPLOI ET HISTORIQUE

Les titulaires sont tenus de s'assurer que l'Ordre dispose d'informations exactes et à jour. Veuillez vérifier et mettre à jour les informations si nécessaire.

Avez-vous trouvé un emploi au Nouveau-Brunswick ?

Employeur: _____	Site: _____	Adresse: _____	
Superviseur: _____	Nº du superviseur: _____	Courriel: _____	
<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Remplaçant (Locum)

Employeur précédent

Employeur: _____	Site: _____	Adresse: _____
Superviseur: _____	Nº du superviseur: _____	Courriel: _____

Preuve de la pratique:

*Un minimum 500 heures de pratique au cours des cinq dernières années dans la ou les spécialités pour lesquelles vous avez obtenu votre certification sont requises.*

*\*Veuillez fournir une preuve du nombre d'heures pratiquées **par an** au cours des 5 dernières années **OU** le **nombre total** d'heures pratiquées au cours des 5 dernières années.*

### 7) ASSURANCE REponsabilité PROFESSIONNELLE

Les titulaires sont tenus de souscrire une assurance responsabilité professionnelle (ARP) qui leur offre une couverture pour l'exercice de leur profession.

Nom du fournisseur: _____	Numéro de politique: _____	Montant couvert \$ : _____
Date de début: _____	Date d'expiration: _____	



### 8) DÉCLARATION DE CONDUITE

Si vous répondez « OUI » à l'une des questions ci-dessus, veuillez joindre tous les documents nécessaires.

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ▪ Avez-vous été trouvé coupable d'une infraction criminelle ou infraction liée à la réglementation de la profession?  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Êtes-vous l'objet d'une enquête en cours portant sur une allégation de faute professionnelle, incompetence 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? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ 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?   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Vous êtes actuellement l'objet d'une procédure portant sur une allégation de professionnelle, incompetence ou incapacité par rapport à la profession ou d'une autre profession de la santé, Nouveau-Brunswick ou dans une autre juridiction?  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Une conclusion de négligence professionnelle ou faute professionnelle a été déposée contre vous   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Veuillez-vous assurer que vous avez joint un extrait de casier judiciaire et des antécédents datant de moins de trois (3) mois.

### 9) DÉCLARATION D'INFORMATIONS CORRECTES

Je déclare que tous les renseignements fournis sont exacts. Je déclare également que j'ai lu la *Loi*, les règlements, les normes de pratique et le code de déontologie de l'Ordre des technologues en radiation médicale du Nouveau-Brunswick, que j'accepte d'être lié par eux et que je m'y conforme.

SIGNATURE DE L'APPLICANT(E): \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

### 10) MODALITÉ DE PAIEMENT

Frais non remboursable \$100.00

#### Méthodes de Paiements:

- **Chèque** adressé à;  
l'OTRMNB: 400-270 Douglas Avenue, Bathurst, NB E2A 1M9 ou;
- **Virement électronique (e-transfer)** au Trésorier de l'OTRMNB [treasurer@nbamrt.ca](mailto:treasurer@nbamrt.ca)  
*Veuillez indiquer votre nom dans la section du message. Si une question de sécurité est requise, nous vous demandons d'utiliser la réponse : AAAANB = Année en cours + NB*

*\*Les frais de cotisations seront facturés dès l'approbation de votre demande.*

#### LISTE DE VÉRIFICATION DE L'APPLICANT(E):

Veuillez-vous assurer que tout a été soumis.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Preuve de Citoyenneté                                    | <input type="checkbox"/> Preuve d'éducation   | <input type="checkbox"/> Preuve de pratique                                   |
| <input type="checkbox"/> Pièce d'identité avec photo délivrée par le gouvernement | <input type="checkbox"/> Preuve des résultats | <input type="checkbox"/> Vérification de casier judiciaire et des antécédents |
| <input type="checkbox"/> Lettre de références professionnelles                    | <input type="checkbox"/> Preuve d'ARP         | <input type="checkbox"/> Frais non remboursable                               |
| <input type="checkbox"/> Formulaire ALEC  |   |   |

Envoyez ta candidature courriel : [registrar@nbamrt.ca](mailto:registrar@nbamrt.ca) ou [office@nbamrt.ca](mailto:office@nbamrt.ca)