



Demande d'inscription

NOTE:

Toutes les demandes d'inscription sont soumises à des frais d'inscription d'administration de **50 \$**

Détails disponibles sur le site Web de la NBAMRT www.nbamrt.ca

1) INFORMATION PERSONELLE

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

Prénom

Prénom précédent (si applicable)

Premier nom

Nom préféré (si applicable)

Date de naissance: (aaaa/mm/jj)

M

F

Autre

Adresse postale

Ville

Province

Code postale

Téléphone

Courriel

Nom qui figure 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) INSCRIPTION

Pratique complète

Pratique temporaire

Non Praticien

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

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

Oui Non

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

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

3) DISCIPLINE

Radiologie

Médecine nucléaire

Radiothérapie

Résonance magnétique.

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

4) PROGRAMME APPROUVÉ EN TECHNOLOGIE DE LA RADIATION MÉDICALE

Veillez fournir la preuve de réussite d'un programme d'études dans votre domaine de spécialité de technologie de 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 commencée

Date complétée

- Veillez joindre une copie notariée de votre certificat ou un diplôme, ou de fournir une lettre originale de votre établissement d'enseignement confirmant la réussite du programme.

5) Si vous faites une demande pour pratique temporaire ou que vous êtes un nouveau diplômé, la section suivante n'est pas applicable.

PREUVE DE LA PRATIQUE

- Il est nécessaire d'avoir une confirmation de 500 heures de pratique dans la discipline de la certification dans les cinq dernières années. Une lettre confirmant les heures d'un employeur précédent ou une copie du bordereau de résiliation avec les heures de travail total accumulé.

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) Vous êtes 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 a été déposée contre vous ? Oui Non

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

- Tous les demandeurs doivent fournir une Vérification de casier judiciaire et vérification des antécédents, qui ne doit pas être âgé de plus de 3 mois.

7) CITOYENNETÉ

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.

- a. Êtes-vous citoyen canadien ? Oui Non
Si vous êtes un citoyen canadien, joindre une copie de votre certificat de naissance ou preuve de citoyenneté canadienne
- b. Vous êtes un résident permanent du Canada ? Oui Non
Si vous êtes un résident permanent du Canada, joignez 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 s'engager dans l'exercice de la profession ? Oui Non
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.
-

Signature

Date

A être compléter par bureau seulement

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Vérification de casier judiciaire et des antécédents | 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 _____