



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ÉVALUATION DE LA FORMATION ACADÉMIQUE

S.v.p. imprimer ou écrire lisiblement

Première demande _____ Homme _____ Date de naissance _____ / _____ / _____
Renouvellement de demande _____ Femme _____ Jour Mois Année

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM

ADRESSE (où TOUTE la correspondance, incluant les résultats doit être envoyée)

Rue (Numéro, nom, numéro d'appartement)

Ville

Province/État

Pays

Code postal ou de pays/de Zip

Téléphone-domicile

Autre téléphone

Adresse de courrier électronique

Indiquez toutes les écoles, collèges, instituts et universités fréquentés liés à l'hygiène dentaire. (En commençant pour le plus récent) - (Utilisez des feuilles supplémentaires si nécessaire)

Nom de l'établissement	Ville & pays	Fréquenté de / à	Année de graduation	Langue de formation	Nom du diplôme/grade/certificat

Frais d'évaluation *

<input type="checkbox"/> Frais d'évaluation		475,00\$
Frais optionnels (ajouter dans la colonne de droite)		+
<input type="checkbox"/> Duplicata des résultats de la première évaluation	10,00\$	-----
<input type="checkbox"/> Avis de résultats par courriel (pièce jointe)	5,00\$	-----
<input type="checkbox"/> Télécopie de l'avis des résultats (International)	10,00\$	-----
<input type="checkbox"/> Télécopie de l'avis des résultats (Canada)	5,00\$	-----
<input type="checkbox"/> Doc. originaux par messagerie (International)	80,00\$	-----
<input type="checkbox"/> Doc. originaux par messagerie (Canada)	40,00\$	-----
SOUS-TOTAL (additionner montants ci-haut)		-----
+ taxe (CB: 12%; ON, NB, TN, US & Int: 13%; NÉ: 15%; autres prov: 5%)		-----
TOTAL:		-----

Mandat ou **Chèque certifié** (en argent canadien)

payable à : **Bureau national de la certification en hygiène dentaire**
ou

Carte de crédit (VISA ou Master Card)

Numéro de carte: _____

Date d'exp: _____

Nom du détenteur: _____

Signature: _____

* Sujets à changement sans préavis

Veillez noter : que les documents de demande d'évaluation par une agence externe d'évaluation des diplômes étrangers doivent être soumis directement à l'agence choisie, s'il y a lieu.

Veillez signer et inscrire la date à l'endos de ce formulaire de demande

NOTES IMPORTANTES :

1. **UNE ÉVALUATION NE POURRA PAS DÉBUTER TANT QUE TOUS LES DOCUMENTS REQUIS N'AURONT PAS ÉTÉ REÇUS. DES DEMANDES INCOMPLÈTES PEUVENT OCCASIONNER UN RETARD IMPORTANT DANS LE DÉBUT DE L'ÉVALUATION.** Une fois que tous les documents sont reçus, l'évaluation commence et elle est habituellement complétée dans les 8 à 10 semaines suivantes. L'évaluation prendra plus de temps si le BNCHD doit faire des recherches supplémentaires, vérifier des documents ou si des renseignements additionnels sont nécessaires. Les candidat(e)s devraient éviter de prendre des engagements (p. ex. : emploi, déménagement, etc.) en anticipant d'obtenir un résultat positif ou un résultat dans un délai spécifique.
2. Si une candidate ou un candidat désire autoriser une tierce partie/agent à agir en son nom, une procuration sera exigée. Les informations, la correspondance et les résultats seront envoyés à la candidate ou au candidat OU à son agent. Aucune information ne sera divulguée par téléphone.
3. Les documents originaux seront retournés sur demande seulement, tel qu'indiqué sur le formulaire de demande et accompagné par le paiement des frais applicables.
4. Le BNCHD se réserve le droit de communiquer avec tous les établissements pertinents à des fins de vérification et pour exiger toutes informations additionnelles nécessaires pour compléter l'évaluation.
5. Les rapports d'évaluation des candidates et candidats peuvent différer selon la période où ils sont complétés. Ceci peut être dû à des informations nouvelles et mises à jour qui nous sont communiquées sur une base continue ou à des révisions des normes d'évaluation. Les décisions sur l'évaluation éducative prises par le BNCHD sont fondées sur l'information la plus récente disponible.
6. Une candidate ou un candidat jugé admissible à l'ECNHD doit soumettre le formulaire de demande d'admission à l'examen avant la date limite pour l'examen sélectionné et dans les trois (3) ans suivant une évaluation d'admissibilité positive.

CONSENTEMENT/RENONCIATION :

En faisant une demande d'évaluation et en signant ci-dessous, la candidate ou le candidat accepte les procédures d'évaluation, incluant mais de façon non limitative les notes ci-dessus, la fiche documentaire de l'évaluation et les obligations de la candidate ou du candidat telles qu'indiquées ci-dessous. Ainsi, la candidate ou le candidat:

1. Certifie que l'information fournie est vraie et exacte au meilleur de sa connaissance.
2. Réalise que cette évaluation n'est liée à aucune institution ou organisme particulier et dégage le BNCHD de toute responsabilité pour des dommages subis à cause de l'utilisation de cette évaluation.
3. Accepte de rembourser le BNCHD pour n'importe quel ou tous les coûts qui pourraient être encourus à la suite de toutes réclamations, incluant les frais juridiques, qu'elle ou il (ou toute personne ayant un intérêt dans ses gains ou services) pourrait faire, fondée sur la décision prise suite à l'évaluation.
4. Admet que, si le BNCHD et ses agents déterminent que UN OU LES document(s) soumis en vertu d'une demande d'évaluation d'admissibilité ont été modifiés ou présentent des irrégularités, l'évaluation prendra fin et les frais payés ne seront pas remboursés.
5. Dégage le BNCHD de toutes responsabilités pour la perte ou l'endommagement des documents soumis en vertu d'une demande d'évaluation.
6. Accepte que les frais, une fois payés, ne soient pas remboursables sauf dans le cas d'un trop-perçu.
7. Accepte que les renseignements et les documents le concernant soient diffusés dans un réseau de services d'évaluation des diplômes étrangers et elle ou il autorise une telle diffusion.
8. Certifie qu'elle ou il a entièrement lu et compris ce qui précède et qu'elle ou il accepte les conditions mentionnées.
9. Certifie que la demande et la signature de l'entente sont valides jusqu'à ce que l'évaluation soit complétée.

Signature de la candidate ou du candidat certifiant son accord avec les limites et conditions de l'évaluation.

Date

LA DEMANDE NE SERA PAS TRAITÉE SANS UNE SIGNATURE VALIDE

POSTER À : Bureau national de la certification en hygiène dentaire
1929 ch. Russell, bur. 322
Ottawa, ON K1G 4G3

#TPS/TVH : 89242 6149 RT0001