College of Physiotherapists of New Brunswick | Collège des physiothérapeutes du Nouveau-Brunswick

DEMANDE DE PERMISSION D'UTILISER DES AIGUILLES

FOURNIR TOUS LES RENSEIGNEMENTS – LISEBLEMENT, EN CHARACTÈRES D'IMPRESSION SEULEMENT

Nom de la personne _____ Matricule du CPTNB: _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROGRAMME D'ÉDUCATION

Nom du programme: _____

Programme réussi: ANNÉE _____ PAYS _____

Description détaillée de la **PARTIE THÉORIQUE** du programme:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Description détaillée de la **PARTIE PRATIQUE** du programme:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Description détaillée du contenu ou des consignes du programme **EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ**:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Description détaillée de la **MÉTHODE D'ÉVALUATION FINALE** du programme:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Déclaration de la personne candidat:

___ **Je déclare avoir complete un programme de formation en utilization d'aiguilles comprenant les acpects théoriques, pratiques et de sécurité, avoir subi une évaluation finale (sommative) administrée par l'instructeur du cours et avoir obtenu une note de passage.**

___ **Je déclare avoir lu et compris les normes de pratique relatives aux activités visées par un sous-registre; je déclare également mon engagement à m'y conformer.**

___ **J'atteste et déclare que les renseignements donnés dans cette demande sont véridiques.**

___ **Je joins à la présente une preuve de réussite du programme d'éducation décrit aux présentes.**

Signature: _____Date: _____, _____, _____
(mois/jour/année)

Envoyer la demande remplie et la preuve documentaire au CPTNB par courriel au info@cptnb.ca

À L'USAGE DU BUREAU

Demande recue le: _____ _____ _____

Date d'approbation :_____ _____ _____