

Liste de contrôle pour l'inscription Candidats à une inscription temporaire

(pour les visiteurs et les instructeurs dans une autre province ou territoire- 30 jours maximum)

Envoyez vos questions à info@cptnb.ca.

Nom en caractères d'imprimerie : _____

Vous devez joindre la présente liste de contrôle à votre demande

1. **Le formulaire** doit être :

- Rempli (y compris tous les renseignements personnels et professionnels)
- Signé and daté
- Envoyé par courriel au Collège à info@cptnb.ca

2. **Envoyez le paiement des droits :**

- Paiement des droits

Options de paiement :

- 1) chèque/mandat par courrier
- 2) virement interac à info@cptnb.ca

Le paiement est effectué par: (nom/organisation/promoteur, etc.) Si c'est le cas :

Par (Nom) : _____

De (Courriel) : _____

3. **Assurance responsabilité professionnelle :**

(peut être facultative – selon l'événement) Contacter CPTNB

- Copie du certificat d'assurance ou
- Autre preuve d'assurance

4. **Description/raison de l'inscription temporaire :**

Le candidat ou les organisateur du cours ou de l'événement doivent veiller à ce que le CPTNB reçoive, avant ou avec la demande, les renseignements relatifs au cours, à l'événement ou à la raison de la visite, entre autres : dates précises, nom du cours ou de l'événement, lieu, participants ou groupe cible et participation éventuelle de patients.

- Formulaire supplémentaire** joint ou
- Lettre jointe

5. **Lettre de bonne conduite professionnelle – Vérifications (si autre que le N.-B.)**

- De tous les organismes de réglementation actuels et passés
- En l'absence d'un organisme de réglementation, autre preuve des employeurs

IMPORTANT! Ces lettres doivent être envoyées par les organismes de réglementation directement au CPTNB.

- Nous les acceptons par courrier, fax ou courriel
- Les vérifications de status sur un site web ne sont pas acceptables
- Plusieurs organismes de réglementation exigent un préavis pour envoyer ces lettres et certains exigent des frais afin alors, faites votre demande aussitôt que possible.

Candidats à une inscription temporaire/télépratique
pour les visiteurs et les instructeurs
(30 jours maximum)

DACTYLOGRAPHER ou ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRESSION SEULEMENT

I Information personnelle

Nom: _____
Nom de Famille *Prénom* *Initial*

Adresse domiciliaire: _____

Ville/Municipalité: _____ Province/État: _____

Pays: _____ Code Postal/Zip: _____

Téléphone: () _____ - _____ Cellulaire: () _____ - _____

Courriel personnel: _____

Courriel au travail: _____

Date de naissance: _____ Votre genre? _____
date/mois/année

Je **préfère** recevoir ma correspondance en français ou anglais et par courriel Oui Non

II Information professionnelle/enregistrement

1. Nombre d'années de pratique en physiothérapie au total _____

2. Nombre d'heures de pratique accumulées en physiothérapie dans les cinq dernières années? _____

3. Êtes-vous enregistré comme physiothérapeute présentement? (Précisez toutes les organismes de réglementation dont vous êtes actuellement membre)

4. Où avez-vous été enregistré dans les cinq dernières années? (Précisez toutes les organismes de réglementation dont vous avez été membre dans le passé)

CPTNB exige une preuve d'expérience professionnelle de TOUTES les organismes de réglementation énumérées ci-dessus # 3 & 4. Pour plus de détails, se référer à la liste de contrôle

III INFORMATION PRATIQUE TEMPORAIRE AU NOUVEAU-BRUNSWICK

1. Avez-vous été enregistré comme pht au Nouveau-Brunswick dans le passé? Oui Non

Si oui, quelle année? _____ (si vous n'êtes pas certain, estimer le plus près possible)

Si vous le savez, quel était le # d'enregistrement NBPT assigner à vous? _____

2. Quel est le but de votre demande au CPTNB? (Veuillez cocher TOUTES les cases qui s'appliquent)

Apprentissage/enseignement: (précisez le nom du cours ainsi que les dates de début et de fin)

_____ Dates: _____

Pratique clinique: (précisez le groupe de patients/traitement ainsi que les dates de début et de fin)

_____ Dates: _____

Autres (p. ex. événement sportif/recherche ainsi que les dates de début et de fin)

_____ Dates: _____

Vous devez présenter une preuve de l'assurance responsabilité professionnelle pertinente/adéquate avec votre application

IV DÉCLARATION

Je (en caractères d'imprimerie) _____ soussigné(e),

- i.) m'engage à respecter les dispositions de la *Loi sur la physiothérapie*, ainsi que les règles et règlements qui s'y rapportent;
- ii.) comprends que je suis responsable du respect de l'ensemble des exigences de la *Loi sur la physiothérapie*, ainsi que les règles et règlements qui s'y rapportent;
- iii.) certifie que je suis totalement apte à exercer le métier de physiothérapeute;
- iv.) garantis qu'aucune procédure disciplinaire n'est en cours contre moi et que mon droit d'exercice ne fait l'objet d'aucune restriction dans les provinces ou territoires dans lequel(le)s j'ai été autorisé(e) à exercer par le passé
- v.) déclare avoir souscrit une assurance responsabilité professionnelle (ARP) que je m'engage à conserver tant que j'exercerai la physiothérapie (N.B. : une ARP individuelle est exigée à moins d'avis contraire du registraire du CPTNB).
- vi.) atteste que les renseignements fournis dans la présente demande sont, à ma connaissance, exacts et complets.

Signature _____

Nom de fille (en caractères d'impression) _____ Date _____

Pour l'usage du bureau Date reçue: _____ Date d'approbation: _____

Complétez et joignez avec chaque formulaire d'inscription

FORMULAIRE SUPPLÉMENTAIRE

**INSCRIPTION pour DE LA PHYSIOTHÉRAPIE AU NOUVEAU-BRUNSWICK
pour la PRATIQUE TEMPORAIRE au Nouveau-Brunswick**

TITRE (événement ou cours)

DATE(s)

LIEU(x) (endroit ou établissement et ville)

NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE OU DE L'ORGANISATEUR LOCAL S'IL Y A
LIEU, SINON COCHER ICI []

Courriel de l'organisateur : _____ Fax : _____

VOTRE NOM : (en lettres moulées) _____

SIGNATURE : _____

DATE : _____