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

Demande/liste de contrôle de l'évaluation fondée sur la pratique pour les inscrits provisoires à la recherche d'un permis d'exercice complet

Nom de l'inscrit provisoire (en caractères d'imprimerie) : _____ CPTNB # _____

VEUILLEZ NOTER : Il incombe à l'inscrit provisoire de s'assurer que toutes les exigences sont remplies et soumises au Collège en temps opportun.

1. **Le présent formulaire de demande doit être :**
   - ◯ Rempli en entier
   - ◯ Signé et daté
   - ◯ Envoyé par courriel à info@cptnb.ca

2. **Choisissez une option pour le paiement des frais de demande non remboursables :**
   - ◯ Virement électronique de 600 $ envoyé à info@cptnb.ca
   - ◯ Chèque de 600 $ à l'ordre du CPTNB et envoyé par la poste à CPTNB, Case Postal 8056, Dieppe, NB E1A 9M7

3. **Vérification d'un minimum de 1 200 heures de pratique clinique requises :**

Indiquez tous les postes occupés pendant l'inscription provisoire du CPTNB.

Nom de l'établissement/employeur n° 1 : _____

Nom du surveillant ou superviseur principal : _____

Dates de travail à cet endroit : _____/_____/_____au _____/_____/_____
J M A J M A

Nombre total d'heures travaillées à cet endroit : _____

Signature du surveillant ou superviseur principal : _____

S'il y a lieu …

Nom de l'établissement/employeur n° 2 : _____

Nom du surveillant ou superviseur principal : _____

Dates de travail à cet endroit : _____/_____/_____au _____/_____/_____
J M A J M A

Nombre total d'heures travaillées à cet endroit : _____

Signature du surveillant ou superviseur principal : _____

Si vous avez plus de deux employeurs,
ajoutez une ou plusieurs pages contenant les mêmes informations.

4. **Les trois (3) éléments suivants doivent être soumis par l'inscrit provisoire directement à la registraire adjointe à info@cptnb.ca :**

◯ Historique de cas détaillé

◯ Portfolio professionnel

◯ Preuve de la réussite de l'examen de jurisprudence du CPTNB

5. **Les deux (2) éléments suivants doivent être soumis par le(s) surveillant(s)/superviseur(s) directement à la registraire adjointe à info@cptnb.ca :**

◯ Évaluation du rendement clinique (ERC)

◯ Lettre d'appui

6. **L'inscrit provisoire fait-il actuellement l'objet d'une enquête ou d'un processus de conduite non professionnelle par un organisme responsable de la réglementation de cette profession ?**

◯ Oui

◯ Non

L'inscrit provisoire a-t-il déjà fait l'objet de mesures disciplinaires de la part d'un organisme de réglementation pendant qu'il exerçait cette profession ?

◯ Oui

◯ Non

7. **Attestation**

Je (nom en caractères d'imprimerie), _____, certifie par la présente que les informations fournies dans la présente demande sont, à ma connaissance, vraies, correctes et complètes.

Signature du membre provisoire : _____

Date : _____/ _____/ _____
Jour Mois Année

À l'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

Reçu _____Montant _____Approuvé _____Cat: _____

_____

_____

_____