

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

Nom du membre provisoire (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_ CPTNB # \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ NOTER** : Il incombe au membre 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 courrier ordinaire au Collège ou par courriel à [info@cptnb.ca](mailto:info@cptnb.ca)

**2. Choisissez une option pour le paiement des frais de demande non remboursables :**

- Chèque de 600 \$ à l'ordre du CPTNB
- Virement électronique de 600 \$ envoyé à [info@cptnb.ca](mailto:info@cptnb.ca)

**3. Vérification des heures de pratique clinique (min. 1200 heures requises) :**

**Indiquez tous les postes occupés pendant que vous étiez membre provisoire du CPTNB.**

**Nom de l'établissement/employeur n° 1 :** \_\_\_\_\_

Nom du ou des surveillants : \_\_\_\_\_

Dates de travail à cet endroit : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
J M A J M A

Nombre total d'heures travaillées à cet endroit : \_\_\_\_\_

Signature du surveillant : \_\_\_\_\_

**S'il y a lieu ...**

**Nom de l'établissement/employeur n° 2 :**  
 \_\_\_\_\_

Nom du ou des surveillants : \_\_\_\_\_

Dates de travail à cet endroit : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
J M A J M A

Nombre total d'heures travaillées à cet endroit : \_\_\_\_\_

Signature du surveillant : \_\_\_\_\_

4. Les trois (3) éléments suivants doivent être soumis par le membre provisoire directement à la registraire adjointe à [info@cptnb.ca](mailto: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 les surveillants directement à la registraire adjointe à [info@cptnb.ca](mailto:info@cptnb.ca) :

- Évaluation du rendement clinique (ERC)
- Lettre d'appui

6. Le membre 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

Le membre 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_