

# SOCIÉTÉ DENTAIRE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

C. P. 488, succursale A

Fredericton (Nouveau-Brunswick)

E3B 4Z9

Tél. : (506) 452-8575 Téléc. : (506) 452-1872



## RÉSERVÉ À LA RÉGIE INTERNE

Date de réception de la demande : \_\_\_\_\_

Approuvé par : \_\_\_\_\_

Date d'approbation du permis : \_\_\_\_\_

*Tout faux renseignement fourni sciemment aux présentes par l'auteur de la demande constitue une raison suffisante pour justifier le rejet de la demande ou la révocation du permis d'exercice si celui-ci a été accordé.*

## DEMANDE DE PERMIS D'EXERCICE (En caractères d'imprimerie)

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. NOM \_\_\_\_\_  
(Prénom complet) (Nom de famille)

2. ADRESSE AU TRAVAIL \_\_\_\_\_  
CODE POSTAL \_\_\_\_\_  
TÉL. : \_\_\_\_\_ TÉLÉC. : \_\_\_\_\_

3. LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : (M-J-A) \_\_\_\_\_

### ÉTUDES ANTÉRIEURES À LA FORMATION EN ART DENTAIRE

4. ÉCOLE SECONDAIRE (Dernière école fréquentée)  
NOM \_\_\_\_\_ ENDROIT \_\_\_\_\_

### 5. COLLÈGES OU UNIVERSITÉS FRÉQUENTÉS

Nom de l'établissement	Endroit	Diplôme	De	Dates	À
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

### FORMATION EN ART DENTAIRE

#### 6. ÉCOLES D'ART DENTAIRE FRÉQUENTÉES

Nom de l'établissement	Endroit	Diplôme	De	Dates	À
_____	_____	_____	_____	_____	_____

7. ÉTUDES DE DOCTORAT DENTAIRE SCIENTIFIQUE

Nom de l'établissement	Endroit	Diplôme	De	Dates	À
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ÊTES-VOUS MEMBRE OU ASSOCIÉ (partie I ou partie II) du Collège royal des chirurgiens dentistes du Canada? SI OUI, DE QUELLE CATÉGORIE FAITES-VOUS PARTIE?

\_\_\_\_\_

8. N° de certificat du BNED : \_\_\_\_\_ DATE DE DÉLIVRANCE : \_\_\_\_\_  
(Joindre une copie)

**NOM**

9. VOTRE PRÉNOM A-T-IL DÉJÀ ÉTÉ CHANGÉ?  
SI OUI, INDIQUEZ LA DATE ET LE LIEU OÙ LE CHANGEMENT A ÉTÉ FAIT : \_\_\_\_\_

PRÉNOM ORIGINA : \_\_\_\_\_

**PERMIS D'EXERCICE**

10. ÉNUMÉREZ LES AUTRES ÉTATS OÙ VOUS AVEZ OBTENU UN PERMIS D'EXERCICE.

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

11. AVEZ-VOUS DÉTENUS UN PERMIS PROVISOIRE ÉMIS PAR LE CONSEIL DE TERRE-NEUVE ET LABRADOR?  
SI VOUS, FOURNISSEZ NOUS LES DÉTAILS.

\_\_\_\_\_

**ENDROITS OÙ VOUS AVEZ DÉJÀ EXERCÉ**

12. NOMMEZ TOUS LES ENDROITS OÙ VOUS AVEZ EXERCÉ L'ART DENTAIRE DEPUIS L'OBTENTION DE VOTRE DIPLÔME.

Adresse	De	Dates	À
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

13. DONNEZ LE NOM ET L'ADRESSE DE TOUS LES DENTISTES POUR LESQUELS VOUS AVEZ TRAVAILLÉ DEPUIS L'OBTENTION DE VOTRE DIPLÔME.

Nom	Adresse	De	Dates	À
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

PAR LA PRÉSENTE, IL EST CONVENU QUE J'AUTORISE ET CONSENT À CE QUE LA SOCIÉTÉ DENTAIRE DU NOUVEAU-BRUNSWICK PRENNE CONTACT AVEC LES CABINETS CI-HAUT MENTIONNÉS.

14. **NE REMPLIR QU'UNE DES DEUX SECTIONS SUIVANTES.**

**NOUVEAUX DIPLÔMÉS :**

Attestation du doyen de l'école d'art dentaire ayant décerné le diplôme

Je certifie par les présentes que \_\_\_\_\_ a obtenu un diplôme de \_\_\_\_\_ au cours du mois de \_\_\_\_\_ 19\_\_\_\_.

Je certifie en outre que la photographie annexée aux présentes correspond tout à fait à la personne titulaire du diplôme susmentionné.

Signature du doyen : \_\_\_\_\_

(Sceau)

**DENTISTES AYANT DÉJÀ OBTENU UN PERMIS D'EXERCICE :**

Attestation du secrétaire de l'organisme de réglementation professionnelle

Je certifie par les présentes que \_\_\_\_\_ a reçu le permis n° \_\_\_\_\_ dans la

province ou l'État de \_\_\_\_\_ au cours du mois de \_\_\_\_\_ 19\_\_\_\_ et que ce permis est actuellement en bonne et due forme.

Signature du secrétaire : \_\_\_\_\_

(Sceau)

**ASSURANCE CONTRE LA FAUTE PROFESSIONNELLE**

15. NOM DE L'ASSUREUR : \_\_\_\_\_

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR : \_\_\_\_\_

MONTANT : \_\_\_\_\_ (Joindre une copie)

**PERMIS D'EXERCICE ANTÉRIEURS**

16. VOUS A-T-ON DÉJÀ RÉVOQUÉ OU SUSPENDU UN PERMIS D'EXERCICE D'ART DENTAIRE?  
OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

SI OUI, EXPLIQUEZ EN DÉTAIL : \_\_\_\_\_

**INFRACTION CRIMINELLE**

17. AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ ACCUSÉ OU RECONNU COUPABLE D'UN CRIME? OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

SI OUI, EXPOSEZ LES FAITS : \_\_\_\_\_

## ÉTAT DE SANTÉ

18. AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ TRAITÉ POUR MALADIE MENTALE, TOXICOMANIE OU ALCOOLISME?  
OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

SOUFFREZ-VOUS D'UNE MALADIE CONTAGIEUSE OU INFECTIEUSE? OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

EXPLIQUEZ EN DÉTAIL : \_\_\_\_\_

---

Coller une photographie non encadrée de l'auteur de la demande, de type photo passeport, mesurant au moins 3 po sur 3, mais ne dépassant pas l'espace prévu à cet effet, et prise dans les 6 mois précédant la date de la demande.

---

## DÉCLARATION

JE SOUSSIGNÉ(E) DÉCLARE SOLENNELLEMENT :

Que si j'obtiens un permis m'autorisant à exercer l'art dentaire au Nouveau-Brunswick, je respecterai la déontologie, maintiendrai la dignité et l'honneur de la profession, et agirai conformément à la Loi dentaire et aux règlements établis.

**Je fais cette déclaration solennelle de bonne foi, croyant sincèrement que tout ce qui précède est vrai, et sachant qu'elle a force de déclaration sous serment.**

Fait devant moi à l'endroit suivant :

Comté de : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

---

Signature de l'auteur de la demande