



Société dentaire du Nouveau-Brunswick  
570 rue Queen Street, bureau 504  
P.O./C.P. Box 488, Station "A"  
Fredericton, -N.B. E3B 4Z9  
Tél.: (506) 452-8575 Téléc: (506) 452-1872

---

# DEMANDE DE PERMIS D'EXERCICE

*(En caractères d'imprimerie)*

---

*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.*

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. Nom : \_\_\_\_\_  
*(Prénom complet)* *(Nom de famille)*  
(figurant sur votre passeport ou de toute autre preuve d'identité émise par le gouvernement)

Veuillez fournir une photo de type passeport, prise dans les six mois précédant la date de la demande.

### SECTION RÉSERVÉE À LA RÉGIE INTERNE:

Date de réception: \_\_\_\_\_

Demande approuvée par : \_\_\_\_\_

Date de délivrance : \_\_\_\_\_

Numéro de permis : \_\_\_\_\_

2. Adresse de pratique actuelle :

<i>Rue</i>	<i>Ville</i>	<i>Province/État</i>	
<i>Code postal</i>	<i>Téléphone</i>	<i>Télécopieur</i>	<i>Courriel</i>

3. Adresse de résidence :

<i>Rue</i>	<i>Ville</i>	<i>Province/État</i>	
<i>Code postal</i>	<i>Téléphone</i>	<i>Télécopieur</i>	<i>Courriel</i>

4. Date de naissance (M/J/A) \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_

5. Sexe : \_\_\_\_ Féminin \_\_\_\_ Masculin

6. Langue parlée : \_\_\_\_ Anglais \_\_\_\_ Français

7. Êtes-vous un citoyen canadien ou un résident permanent du Canada?  
\_\_\_\_ OUI \_\_\_\_ NON

Dans l'affirmative, veuillez fournir une copie de votre certificat de naissance, votre certificat ou carte de citoyenneté, ou une preuve du statut de résident permanent.

Si vous avez répondu « Non », veuillez fournir des détails sur votre citoyenneté actuelle et une copie certifiée conforme de l'autorisation accordée par le gouvernement fédéral qui vous permet de pratiquer la dentisterie au Canada.

8. Le nom apparaissant sur votre diplôme diffère-t-il du nom ci-dessus?  
\_\_\_\_ OUI \_\_\_\_ NON

*Dans l'affirmative, veuillez fournir une copie conforme de tout document juridique expliquant ou certifiant le changement, p. ex. un certificat de mariage, un décret ou une décision autorisant le changement de nom, etc.*

## FORMATION EN MÉDECINE DENTAIRE

Nom de l'établissement	Endroit	Diplôme obtenu	Date de début	Date de fin

*Note : Veuillez fournir une lettre du doyen ou de son désigné(e) et une copie conforme de votre diplôme en médecine dentaire.*

9. Détenez-vous un certificat délivré par le Bureau national d'examen dentaire du Canada (BNED)? \_\_\_\_ OUI \_\_\_\_ NON

*Dans l'affirmative, veuillez fournir une copie conforme.*

*Dans la négative, présentez-vous une demande en vertu des textes législatifs sur la mobilité de la main-d'œuvre?*

\_\_\_\_ OUI \_\_\_\_ NON

## FORMATION POST-DOCTORALE

Nom de l'établissement	Endroit	Diplôme obtenu	Date de début	Date de fin

10. Avez-vous réussi l'examen national de spécialité dentaire (ENSD) du Collège royal des chirurgiens-dentistes du Canada (CRCDC)? \_\_\_\_ OUI \_\_\_\_ NON

*Dans l'affirmative, veuillez demander au CRCDC de nous envoyer une lettre attestant votre réussite.*

## ASSURANCE CONTRE LA FAUTE PROFESSIONNELLE

11. Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_  
Date d'entrée en vigueur: \_\_\_\_\_ Montant: \_\_\_\_\_

## CONDUITE DURANT LES ÉTUDES

12. Quand vous fréquentez un établissement d'enseignement postsecondaire, des allégations de mauvaise conduite, y compris de mauvaise conduite universitaire, ont-elles été faites contre vous ou avez-vous fait l'objet d'une suspension ou expulsion, été obligé(e) de vous retirer d'un programme ou été pénalisé(e) par un établissement d'enseignement postsecondaire pour une mauvaise conduite?  
\_\_\_ OUI \_\_\_ NON

*Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails sur les allégations et la nature de la pénalité qui vous a été imposée.*

### **Vérification du casier judiciaire et de l'aptitude à travailler auprès de personnes vulnérables**

13. Veuillez fournir les résultats de cette vérification après avoir obtenu les renseignements de la Gendarmerie royale du Canada.

## PRATIQUE ACTIVE DE LA MÉDECINE DENTAIRE

14. Avez-vous pratiqué activement la médecine dentaire ou avez-vous déjà détenu un permis ou été inscrit pour l'exercice de la médecine dentaire au Nouveau-Brunswick ou antérieurs? \_\_\_\_ OUI \_\_\_\_ NON

Province, territoire, pays ou État	Nature de l'inscription	Date d'inscription	Date de la fin d'inscription

*Dans l'affirmative, veuillez voir Annexe "A" – Consentement que vous devez envoyer à chaque organisme afin que les lettres de bonne conduite soient émises en votre nom à la SDNB*

### Pratique active d'autre profession de santé réglementée

15. Avez-vous pratiqué activement une autre profession de santé réglementée ou avez-vous déjà détenu un permis ou été inscrit pour l'exercice d'une telle profession (p.ex. hygiéniste, infirmière, pharmacien, etc.) au Nouveau-Brunswick ou antérieurs? \_\_\_\_ OUI \_\_\_\_ NON

Province, territoire, pays ou État	Nature de l'inscription	Date d'inscription	Date de la fin d'inscription

*Dans l'affirmative, veuillez voir Annexe "A" – Consentement que vous devez envoyer à chaque organisme afin que les lettres de bonne conduite soient émises en votre nom à la SDNB*

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

16. Souffrez-vous **actuellement** d'un trouble de l'état physique ou psychique incompatible avec l'exercice de la médecine dentaire, ou qui, s'il n'est pas traité, pourrait être incompatible avec l'exercice de la médecine dentaire? \_\_\_\_ OUI \_\_\_\_ NON
17. Souffrez-vous d'une maladie contagieuse ou infectieuse? \_\_\_\_ OUI \_\_\_\_ NON

## REFUS DE L'ENREGISTREMENT ET DISCIPLINE PROFESSIONNELLE

18. Vous a-t-on déjà refusé l'inscription ou un permis d'exercice professionnel au Nouveau-Brunswick ou ailleurs? \_\_\_\_ OUI \_\_\_\_ NON
19. Avez-vous déjà fait l'objet d'une procédure administrative ou disciplinaire relativement à votre compétence professionnelle (déontologie ou incompétence) avec l'exercice de la médecine dentaire ou une autre profession de santé? \_\_\_\_ OUI \_\_\_\_ NON

*Dans l'affirmative à l'une ou l'autre des questions ci-haut, veuillez fournir tous les renseignements pertinents et voir Annexe "A".*

## DÉCLARATION

Je, soussigné(e), déclare et affirme solennellement que les renseignements donnés dans le cadre de cette demande sont, à mes connaissances, complètes, véridiques et authentiques. Je comprends que tout faux renseignement ou faux document que je présente à l'appui de ma demande pourra entraîner le rejet de celle-ci

Je comprends et j'accepte que si j'ai fait une déclaration fausse ou trompeuse dans cette demande, je n'aurai pas satisfait les exigences pour l'enregistrement dans la province du Nouveau-Brunswick et que mon enregistrement sera immédiatement révoqué et annulé.

En plus, je déclare 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.

Fait devant moi à l'endroit suivant

Comté de \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
*Signature de l'auteur de la demande*

\_\_\_\_\_  
*Commissaire à l'assermentation, notaire*

## ANNEXE "A"

### CONSENTEMENT À LA COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS AUX FINS D'UNE INSCRIPTION

Je, \_\_\_\_\_, ai fait une demande de permis ou de certificat de inscription au tableau de la Société dentaire du Nouveau-Brunswick afin de pratiquer la médecine dentaire au Nouveau-Brunswick.

Dans le cadre du processus d'enregistrement, la Société dentaire du Nouveau-Brunswick demande le Certificat de compétence émis par chaque pays, province ou territoire où j'étais enregistré(e) ou autorisé(e) à pratiquer la dentisterie et, le cas échéant, où j'ai été membre d'une profession de la santé réglementée.

Vu que la plupart des autorités ont besoin de mon consentement pour dévoiler les renseignements demandés, je donne par la présente ma permission irrévocable par écrit et je demande à (\_\_\_\_\_) de fournir à mes frais tous les renseignements demandés par la Société dentaire du Nouveau-Brunswick.

Je comprends et j'accepte que cela signifie la divulgation entière de toute l'information que vous avez, y compris mais non exclusivement ce qui suit :

- Tous les renseignements dans votre registre public.
- Mon type d'enregistrement ou de permis (dans le passé ou actuellement) et l'état de mes certificats, y compris toute suspension ou révocation antérieure ou actuelle.
- Tout paiement en souffrance des cotisations à l'organisme de réglementation nommé.
- Toutes les conditions, limites et/ou lacunes signalées pour mon enregistrement ou permis, à la fois dans le passé et actuellement, que le public y ait accès ou non.
- Tous les accords conclus ou engagements pris avec l'organisme de réglementation nommé et la nature de tels accords ou engagements, peu importe qu'ils soient antérieurs ou actuels.
- Tout renseignement concernant mon respect des exigences des programmes d'assurance de la qualité et d'éducation continue de l'organisme de réglementation nommé.
- Toute information sur une enquête à mon sujet concernant une incapacité et sur les résultats d'une telle enquête.
- Toute information sur une plainte officielle contre moi et les résultats de l'enquête à cet égard, y compris les mises en garde, les programmes d'éducation continue exigés ou les mesures correctives demandées ou le fait qu'aucune action n'était nécessaire.



- Si j'ai fait ou si je fais l'objet d'une investigation par le registraire et la conclusion finale de cette investigation.
- Si j'ai fait ou si je fais l'objet d'une procédure entreprise par le Comité de discipline ou le Comité d'aptitude professionnelle et la conclusion d'une telle procédure.
- Tous autres renseignements sur ma conduite professionnelle que l'organisme de réglementation nommé peut avoir dans ses dossiers et que cet organisme ou le registraire considère pertinents pour ma demande d'enregistrement et de permis en vue de pratiquer la dentisterie au Nouveau-Brunswick.

J'admets et je reconnais que la Société dentaire du Nouveau-Brunswick m'a avisé(e) que je pouvais obtenir des conseils juridiques avant de signer ce formulaire de consentement et que, soit je l'ai fait, soit j'ai eu l'ample possibilité de le faire, avant de donner mon consentement pour la divulgation de l'information. Par conséquent, je signe ce document de façon volontaire, sans manipulation ni coercition après l'avoir lu et compris.

**EN FOI DE QUOI**, j'ai accepté de signer en bonne et due forme ce formulaire de consentement le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Nom du candidat*

\_\_\_\_\_  
*Nom du témoin*

\_\_\_\_\_  
*Signature du candidat*

\_\_\_\_\_  
*Signature du témoin*