



## AUTORISATION DE TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS HISTORIQUES RÉGLEMENTAIRES

*Veillez remplir et retourner directement au Registraire de l'Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick, C. P. 4506, Rothesay (N.-B.) E2E 5X2*

**À être rempli par le requérant :**

Nom du requérant : \_\_\_\_\_ N° de licence : \_\_\_\_\_

Adresse du requérant : \_\_\_\_\_

Signature du requérant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du témoin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

*Je fais une demande d'immatriculation pour pratiquer l'ergothérapie dans la province du Nouveau-Brunswick. L'Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick (AENB) exige la vérification auprès de chaque organisme provincial où je détiens ou j'ai déjà détenu une licence ou une immatriculation. La présente vous autorise à divulguer les renseignements favorables ou autres contenus dans vos dossiers directement à l'AENB à l'adresse indiquée ci-haut.*

**À être rempli par l'organisme de réglementation :**

**Le requérant a-t-il déjà détenu une licence pour pratiquer l'ergothérapie dans votre zone de responsabilité ?**

Non  Oui ....Dates : \_\_\_\_\_

**Sa licence pour pratiquer l'ergothérapie est-elle assujettie à certaines conditions ou restrictions?**

Non  Oui ....Veillez expliquer : \_\_\_\_\_

**Le requérant a-t-il fait l'objet de mesures disciplinaires de la part de votre comité de discipline au cours des cinq (5) dernières années ?**

Non  Oui....Quelle était le motif et la sanction imposée ?

\_\_\_\_\_

**Existe-t-il une raison pour laquelle le requérant ne pourrait être habilité à exercer sa profession sur votre territoire à l'heure actuelle?**

Non       Oui....Veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature du registraire ou de la personne autorisée : \_\_\_\_\_

Apposez votre sceau ici

Nom et adresse de l'organisme de réglementation

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_