



## Formulaire C

L'Ordre des homéopathes de l'Ontario  
163 rue Queen est, 4e étage, Toronto, Ontario, M5A 1S1  
TÉL 416-862-4780 OU 1-844-862-4780  
TÉLÉCOPIEUR 416-874-4077  
www.collegeofhomeopaths.on.ca

Usage interne seulement Office Use Only	
Date Received:	
Staff Reviewer:	
Application Number:	

### Certificat de Conduite Professionnelle

Les individus qui sont ou ont été réglementés par un organisme de réglementation de la santé autre que l'Ordre ou dans toute autre juridiction doivent compléter la Section 1 et envoyer ce formulaire à l'organisme de réglementation/d'accréditation de la santé approprié. La Section 2 de ce formulaire doit être complétée par l'organisme de réglementation/d'accréditation de la santé et postée directement à l'Ordre.

Un formulaire distinct doit être rempli pour chaque établissement d'enseignement. Veuillez écrire en lettres moulées.

Section 1	<p>Prénom: _____ Deuxième (s) prénom (s): _____</p> <p>Nom de famille: _____ Ancien (s) nom (s): _____</p> <p>Organisme de réglementation/d'accréditation: _____</p> <p>Adresse de l'Organisme : _____</p> <p style="text-align: center;">Rue <span style="float: right;">Ville</span></p> <p style="text-align: center;">Province <span style="float: right;">Code Postal <span style="float: right;">Pays</span></span></p> <p>Je soussigné autorise l'Organisme de réglementation/d'accréditation désigné ci-dessus à fournir les informations requises ci-dessous à l'Ordre des homéopathes de l'Ontario et toutes informations supplémentaires de la part de l'Ordre afin de traiter ma demande d'inscription.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Signature du déclarant/licencié <span style="float: right;">Date de la Signature</span></p>
Section 2	<p>A être complété par l'Organisme de réglementation/d'accréditation et transmis directement au :</p> <p style="text-align: center;"><b>L'Ordre des homéopathes de l'Ontario</b> <b>163 Queen Street East, 4th Floor</b> <b>Toronto, Ontario</b> <b>M5A 1S1</b></p> <p>Nom du déclarant/licencié : _____</p> <p>Numéro d'inscription/de la licence : _____</p> <p>Date d'inscription : _____</p> <p>Classe/Type d'inscription (le cas échéant) : _____</p> <p><i>Si l'individu n'est plus inscrit, veuillez indiquer la date où l'inscription a été résigné ou révoqué :</i></p> <p>_____</p>



**L'Ordre des homéopathes de l'Ontario**  
163 rue Queen est, 4e étage, Toronto, Ontario, M5A 1S1  
TÉL 416-862-4780 OU 1-844-862-4780  
TÉLÉCOPIEUR 416-874-4077  
www.collegeofhomeopaths.on.ca

Nom du demandeur: \_\_\_\_\_

(suite à la page 2)

Veillez fournir les informations suivantes concernant le déclarant/licencié ci-dessus mentionné :

Le déclarant/licencié a-t-il déjà été trouvé coupable d'un acte d'inconduite, d'incompétence ou d'incapacité professionnelle ou quelque chose de semblable?  Oui  Non

Si le déclarant/licencié fait présentement l'objet d'une enquête ou est impliqué dans des procédures de la nature d'un acte d'inconduite, d'incompétence ou d'incapacité professionnelle ou toute enquête ou procédure semblable?  Oui  Non

Si la réponse à l'une ou l'autre de ces questions est « oui », veuillez fournir davantage d'informations à l'Ordre.

Nom du Registraire/Secrétaire \_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

Je, le Registraire/Secrétaire, agissant au nom de \_\_\_\_\_  
Nom de l'Organisme de réglementation/d'accréditation  
certifie par la présente que les renseignements qui précèdent sont véridiques en ce qui concerne le dossier d'inscription pour le déclarant/licencié ci-haut mentionné.

Signature du Registraire/Secrétaire \_\_\_\_\_

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

Le cachet de l'organisme  
de réglementation /  
d'accréditation ici.

