

Ce formulaire s'adresse à tout candidat à l'exercice de la profession qui demande la délivrance d'un permis et l'inscription au Tableau de l'Ordre, alors qu'il est **titulaire d'une autorisation légale d'exercer la profession d'hygiéniste dentaire dans une autre province canadienne ou un territoire canadien.**

DEMANDE DE DÉLIVRANCE DE PERMIS

IDENTIFICATION

Mme M.

Nom (à la naissance)

Prénom

Langue maternelle

Langue seconde

Adresse

Rue

Appartement

Ville

Province/Pays

Code postal

Téléphone (résidence)

Téléphone (cellulaire)

J J | M M | A A | A A | A A
Date de naissance

Adresse électronique (obligatoire*)

*L'article 60 du Code des professions édicte que les membres d'un ordre professionnel fournissent une adresse de courrier électronique par laquelle l'ordre communiquera avec eux. Assurez-vous que vous êtes la seule personne qui utilise cette adresse courriel, car l'Ordre pourrait vous transmettre des renseignements confidentiels par ce mode de communication.

TOUT CHANGEMENT DOIT ÊTRE SIGNIFIÉ À L'ORDRE DANS LES 30 JOURS

DIPLÔME D'ÉTUDES EN HYGIÈNE DENTAIRE

Nom de l'établissement d'enseignement

Année d'obtention

Vous devez joindre à votre demande une copie des documents suivants :

- ✓ votre diplôme d'études en hygiène dentaire
- ✓ un relevé de notes officiel de vos études en hygiène dentaire

DENTISTERIE OPÉRATOIRE

Votre programme d'études en hygiène dentaire comportait-elle au moins 45 heures de formation théorique et 30 heures de formation pratique en dentisterie opératoire ?

Oui Non

Si vous avez répondu « Non » à la question, vous vous engagez par la présente à vous abstenir d'exercer toute activité en lien avec la dentisterie opératoire quand vous exercerez au Québec, et ce, en respect du *Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*.

PREUVE DE CONNAISSANCE DE LA LANGUE FRANÇAISE

Conformément à la Charte de la langue française, un ordre professionnel ne peut délivrer de permis qu'à des personnes qui ont de la langue officielle une connaissance appropriée à l'exercice de leur profession. À moins de se trouver dans l'une des situations suivantes, vous devrez obtenir une attestation délivrée par l'Office québécois de la langue française (OQLF) :

- J'ai suivi, à temps plein, au moins 3 années d'enseignement secondaire ou post-secondaire en Français
- J'ai réussi les examens de français langue maternelle de la 4e ou de la 5e année du secondaire
- J'ai obtenu, au Québec, un diplôme d'études secondaires, après 1985-1986
- Aucune de ces réponses (vous devrez obtenir une attestation délivrée par l'OQLF)

✓ NB : Peu importe la situation qui s'applique, vous devez joindre la pièce justificative appropriée.

DÉCLARATIONS OBLIGATOIRES (vous devez répondre à toutes les questions de cette section)

DÉCISIONS DISCIPLINAIRES

Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision disciplinaire d'un ordre professionnel au Québec ou d'un organisme professionnel (ou d'une autre autorité compétente) hors du Québec vous imposant une sanction ?

Oui Non

INFRACTIONS CRIMINELLES

Avez-vous déjà fait l'objet d'un jugement d'un tribunal canadien ou étranger vous déclarant coupable d'une infraction criminelle ?

Oui Non

INFRACTIONS PÉNALES

Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision rendue au Québec vous déclarant coupable d'une infraction visée à l'article 188 du Code des professions ou d'une infraction à une disposition d'une loi du Québec ou d'une loi fédérale identifiée au Code de déontologie ?

Usurpation d'un titre professionnel Oui Non

Pratique illégale d'une profession Oui Non

POURSUITE POUR UNE INFRACTION PUNISSABLE DE CINQ ANS D'EMPRISONNEMENT OU PLUS

Faites-vous l'objet d'une poursuite pour une infraction punissable de cinq ans d'emprisonnement ou plus ?

Oui Non

DEMANDE D'INSCRIPTION AU TABLEAU DES MEMBRES

DOMICILE PROFESSIONNEL

Selon l'article 60 du *Code des professions*, votre domicile professionnel est le lieu où vous exercez principalement votre profession. Si vous n'avez pas de lieu d'exercice lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre, vous devez élire votre domicile professionnel soit à votre lieu de résidence ou celui de votre travail principal.

Exercerez-vous la profession d'hygiéniste dentaire dès votre inscription au Tableau de l'Ordre ?

- Oui, j'exercerai la profession d'hygiéniste dentaire dès mon inscription au Tableau de l'Ordre.
Donc, mon domicile professionnel sera mon lieu d'exercice principal indiqué ci-après.
- Non, je n'exercerai pas la profession d'hygiéniste dentaire dès mon inscription au Tableau de l'Ordre.
Donc, j'élis domicile professionnel à l'emplacement suivant :
- Résidence Lieu de mon travail principal : _____

(Si vous avez choisi votre travail principal. Veuillez inscrire le nom, l'adresse et le téléphone)

LIEUX D'EXERCICE DE LA PROFESSION (si vous avez répondu oui à la section précédente)

Conformément à l'article 60 du *Code des professions*, vous devez faire connaître au secrétaire de l'Ordre **tous** les lieux où vous exercez votre profession. Si vous connaissez déjà les lieux où vous exercerez votre profession, vous devez les inscrire ci-après. Sinon, **vous devez le faire dans un délai de trente (30) jours où vous commencerez à l'exercer.**

- LIEU D'EXERCICE PRINCIPAL (il ne peut y avoir qu'un seul lieu d'exercice principal)

Nom du lieu	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td>J</td><td>J</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table> Date d'entrée en fonction	J	J	M	M	A	A	A	A
J	J	M	M	A	A	A	A		
Adresse	Rue	Unité / local							
Ville	Province/Pays	Code postal							
Téléphone (bureau)	Télécopieur	A- Statut B- Catégorie							

Légende

A) STATUT DU LIEU D'EXERCICE		B) CATÉGORIE		
TC = Temps complet	CM = Je suis en congé de maternité	01 – Santé dentaire publique	04 – Clinique de généralistes	07 – Travailleur autonome
TP = Temps partiel	MAL = Je suis en congé maladie	02 – Milieu hospitalier	05 – Enseignement	08 – Agence de placement
OC = Occasionnel		03 – Clinique de spécialistes	06 – Entreprise commerciale	09 – Autres (spécifier)

- AUTRE LIEU D'EXERCICE

Nom du lieu	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td>J</td><td>J</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table> Date d'entrée en fonction	J	J	M	M	A	A	A	A
J	J	M	M	A	A	A	A		
Adresse	Rue	Unité / local							
Ville	Province/Pays	Code postal							
Téléphone (bureau)	Télécopieur	A- Statut B- Catégorie							

TOUT CHANGEMENT DOIT ÊTRE SIGNIFIÉ À L'ORDRE DANS LES 30 JOURS

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET CONSENTEMENT

En matière de protection des renseignements personnels, l'Ordre est assujéti aux dispositions du *Code des professions* (L.R.Q., c. C-26), du *Code civil du Québec*, de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1) et de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (L.R.Q., c. P-39.1). Une liste nominative est une liste de noms, de numéros de téléphone, d'adresses géographiques de personnes physiques ou d'adresses technologiques. La politique de l'Ordre quant à ces listes est très restrictive.

CONSENTEMENT À ÊTRE SUR LA LISTE NOMINATIVE DE L'ORDRE

Consentez-vous à recevoir par la poste, des échantillons, des offres de formation et des communications de nos partenaires commerciaux?

Je consens Je ne consens pas

CONSENTEMENT PRÉALABLE À L'ENVOI DE MESSAGES ÉLECTRONIQUES DE NATURE COMMERCIALE

Consentez-vous à recevoir par des messages voie virtuelle offrant de participer à des congrès, des formations, ainsi que des communications commerciales?

Je consens Je ne consens pas

RÉPERTOIRE ÉLECTRONIQUE

Le répertoire électronique ne doit pas être confondu avec le moteur de recherche du Tableau des membres. Alors que le Tableau des membres est public, le répertoire électronique est accessible exclusivement aux hygiénistes dentaires. Il permet notamment aux membres de se retrouver entre eux.

Je désire faire partie du répertoire Je ne désire pas faire partie du répertoire

Dans l'affirmative, quels renseignements en plus de vos prénom et nom désirez-vous voir apparaître dans le répertoire électronique ?

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Adresse de résidence | <input type="checkbox"/> Courriel | <input type="checkbox"/> Adresse du lieu d'exercice principal |
| <input type="checkbox"/> Téléphone de résidence | <input type="checkbox"/> Cellulaire | <input type="checkbox"/> Téléphone du lieu d'exercice principal |

BÉNÉVOLAT

L'Ordre sollicite la participation d'hygiénistes dentaires pour diverses activités. Désirez-vous cette année être bénévole ?

Oui Non

ATTESTATION DE VÉRACITÉ

J'atteste que tous les renseignements donnés sur ce formulaire sont exacts. J'ai pris connaissance de l'information comprise au présent formulaire et, l'ayant dûment rempli, je certifie que les renseignements qu'il contient à mon sujet sont vrais, exacts et complets. De plus, ma signature pourra servir aux fins de validation ou d'authentification par le personnel de l'Ordre.

Signature du déclarant

Date

SECTION I

This section has to be **filled and signed by the applicant** in order to authorize the concerned regulatory or licensing body to disclose the requested information to the OHDQ

Applicant's last name		Applicant's first name	
Applicant's address		Street	Unit
City	Province or territory		Postal Code
Regulatory or licensing body			Registry/License No.

I, the applicant, hereby authorize the aforementioned regulatory or licensing body to provide the information requested below and any additional information requested by the Ordre des hygiénistes dentaires du Québec in order to proceed with my application.

 Applicant's signature

 Date

SECTION II

This section has to be **filled and signed by the concerned regulatory or licensing body** and its original must be sent directly to the OHDQ by said regulatory or licensing body

Regulatory or licensing body			
Registrar or Secretary's last name		Registrar or Secretary's first name	
Applicant's last name		Applicant's first name	Registry/License No.
Date of registration	Expiry date	Category of registration	
<p>➤ Has the applicant ever had a finding in the nature of professional misconduct, incompetency or incapacity, or a like finding made against her or him?</p>			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>➤ Is the applicant currently under investigation or involved in any proceedings for conduct in the nature of a professional misconduct, incompetency or incapacity or any like investigation or proceeding?</p>			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<i>(If yes, please provide all information)</i>			

I, the Registrar/Secretary acting on behalf of the aforementioned regulatory or licensing body hereby certify that the foregoing statements are true statements of the registration record for the applicant.

 Seal of the Board

 Registrant's signature

 Date