

DEMANDE D'ÉVALUATION PAR LE COMITÉ D'ADMISSION

AVIS - Protection des renseignements personnels

L'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec** (l'Ordre) a pour mission d'assurer la protection du public. Il répond à cette mission notamment en encadrant et en réglementant l'admission et l'exercice de la profession d'hygiéniste dentaire.

Dans le cadre de sa mission et de ses activités, l'**Ordre doit** collecter et utiliser certains de vos renseignements personnels. Dans un tel cas, il veille à assurer la protection des renseignements personnels qu'il collecte et utilise selon les obligations imposées par la loi. À cet effet, il s'est doté d'une [Politique de confidentialité](#).

A. Comment recueillons-nous vos renseignements personnels?

Dans le cadre de votre demande d'évaluation par le comité d'admission, certains renseignements personnels sont recueillis par l'entremise du présent formulaire. Ces renseignements peuvent ensuite, le cas échéant, être transposés sur la base de données de l'Ordre, dont une partie constitue le Tableau des membres de l'Ordre.

B. Pourquoi recueillons-nous vos renseignements personnels?

Les renseignements personnels recueillis pourront être utilisés, conservés et communiqués aux fins suivantes :

- Permettre l'évaluation de votre dossier par le comité d'admission;
- Permettre la délivrance de votre permis et votre inscription au Tableau de l'Ordre pour l'exercice financier en cours.

À moins qu'un consentement spécifique vous soit demandé en raison du caractère facultatif de la demande, **les renseignements qui vous sont demandés dans le présent formulaire sont nécessaires et obligatoires pour traiter votre demande ou en vertu de la Loi (*Code des professions*)**.

Conséquemment, en fournissant les renseignements personnels demandés au présent formulaire, **vous consentez à leur utilisation et leur communication auprès de l'Ordre pour les fins précitées**. À défaut de les fournir, l'Ordre ne pourra pas donner suite à votre demande d'évaluation par le comité d'admission.

C. Quels sont mes droits d'accès et rectification?

L'accès aux renseignements personnels est restreint aux personnes autorisées et pour qui les renseignements personnels sont nécessaires aux fins d'accomplir leurs obligations dans le cadre de leur fonction.

En vertu de la Loi, vous avez droit d'avoir accès aux documents et à vos renseignements personnels et pouvez nous demander de les rectifier s'ils sont inexacts, incomplets ou équivoques en transmettant une demande écrite à cet effet à l'adresse courriel suivante : secretaire@ohdq.com.

D. Est-ce que mes renseignements personnels seront transmis ou communiqués à des tiers ?

Il est possible que certains de vos renseignements personnels soient communiqués à des tiers, à savoir :

- Le cas échéant, **auprès de l'entreprise SCYTL**, et ce, uniquement aux fins de leur transmettre la liste électorale en vue de la tenue d'un scrutin par moyen électronique. Dans un tel cas, uniquement votre numéro de permis, votre nom complet, votre adresse courriel, votre date de naissance et votre région électorale sont transmis;
- Auprès de l'entreprise **SVI Solutions**, fournisseur de la plateforme **Campus HD**, aux fins de pouvoir accéder aux offres de formation et de vous conformer aux exigences du Règlement sur la formation continue obligatoire des hygiénistes dentaires;
- Auprès des **entreprises responsables des services technologiques** de l'Ordre, aux fins d'assurer la maintenance et le développement des environnements technologiques, informatiques et infonuagiques de l'Ordre, dont la base de données soutenant notamment le Tableau des membres;
- Le cas échéant, auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec aux fins de permettre les accès aux hygiénistes dentaires au Dossier Santé Québec et aux fins de vérifier l'admissibilité d'un ou d'une hygiéniste dentaire au programme de services assurés par la RAMQ.

Dans un tel cas, uniquement les renseignements personnels nécessaires aux fins du contrat ou pour leurs fonctions leur sont communiqués ou rendus accessibles. Des mesures de confidentialité sont prises (pour plus de détails, consulter la [Politique de confidentialité](#), ainsi que la [Politique sur la gestion et la protection de l'actif informationnel de l'Ordre](#)).

E. Est-ce que mes renseignements personnels seront transmis ou communiqués à des tiers à l'extérieur du Québec?

Certains de vos renseignements personnels pourraient également être transmis à l'**extérieur du Québec**, à savoir :

- Auprès de l'entreprise **SCYTL**, et ce, uniquement aux fins citées précédemment. Le cas échéant, des mesures de sécurité sont alors également mises en place;
- Auprès de l'entreprise **SVI Solutions**, fournisseur de la plateforme **Campus HD**, aux fins de pouvoir accéder aux offres de formation et de vous conformer aux exigences du Règlement sur la formation continue obligatoire des hygiénistes dentaires.

Dans un tel cas, uniquement les renseignements personnels nécessaires aux fins du contrat ou pour leurs fonctions leur sont communiqués ou rendus accessibles. Des mesures de confidentialité sont prises (pour plus de détails, consulter la [Politique de confidentialité](#), ainsi que la [Politique sur la gestion et la protection de l'actif informationnel de l'Ordre](#)).

F. Déclaration

☐ Je reconnais avoir lu et compris les informations qui précèdent, ainsi qu'avoir pris connaissance de la [Politique de confidentialité](#) de l'Ordre. Pour toutes questions concernant ce qui précède, je peux écrire à l'adresse suivante : secretaire@ohdq.com.

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOME OU DE LA FORMATION

Ce formulaire doit être rempli en ligne seulement.
Un formulaire rempli de façon manuscrite ne sera pas accepté.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom (à la naissance)

Prénom

Pays de naissance

____/____/____
JJ / MM / AAAA
Date de naissance

Adresse

Rue

Appartement

Ville

Province/Pays

Code postal

Téléphone (résidence)

Téléphone (cellulaire)

Adresse électronique (Obligatoire)

☐ Oui

☐ Non

J'autorise l'Ordre à transmettre par courriel tous les
documents qui me sont destinés

DIPLOMES

____ Universitaire ☐ Collégial ☐ Autres ☐ spécifiez : _____
Diplôme

Établissement d'enseignement

Ville/Pays

Année d'obtention

Langue des études (Obligatoire) : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autres : _____

____ Universitaire ☐ Collégial ☐ Autres ☐ spécifiez : _____
Diplôme

Établissement d'enseignement

Ville/Pays

Année d'obtention

Langue des études (Obligatoire) : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autres : _____

ORDRE PROFESSIONNEL (si plus d'un, ajouter l'information à l'annexe)

(Section à remplir si vous êtes ou avez été membre d'un ordre professionnel ou d'un groupe de réglementation)

Ordre/Organisme

Adresse

Ville/Pays

Numéro de membre

de

à

EXPÉRIENCE DE TRAVAIL PERTINENTE

EMPLOI # 1

Titre d'emploi

de

à

Employeur

Adresse

Ville/Pays

Secteur d'activités

Heures travaillées par semaine

Énumérer en détails les tâches effectuées ci-bas :

EMPLOI # 2

Titre d'emploi de à

Employeur Adresse Ville/Pays

Secteur d'activités Heures travaillées par semaine

Énumérer en détails les tâches effectuées ci-bas :

CONNAISSANCE DU FRANÇAIS

Avez-vous suivi, à temps plein, au moins trois années d'enseignement de niveau secondaire ou postsecondaire dispensé en français?	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous réussi les examens de français langue maternelle de la quatrième ou de la cinquième année du cours secondaire?	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous, à compter de l'année scolaire 1985-1986, obtenu au Québec un certificat d'études secondaires?	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous obtenu une attestation délivrée par l'Office québécois de la langue française à l'effet que vous avez une connaissance suffisante de la langue française pour exercer la profession?	Oui ☐	Non ☐

DÉCISIONS JUDICIAIRES ET DISCIPLINAIRES

Avez-vous déjà été reconnu coupable d'une infraction criminelle au Canada ou dans un autre pays? Si oui, veuillez expliquer les circonstances sur une feuille distincte et joindre une copie certifiée conforme du jugement de la Cour.	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision disciplinaire au Canada ou dans un autre pays? Si oui, veuillez expliquer les circonstances sur une feuille distincte et joindre une copie certifiée conforme de la décision.	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous déjà fait une demande de droit d'exercice de la profession d'hygiéniste dentaire ou de dentiste qui vous a été refusée, que ce soit au Canada ou dans un autre pays? Si oui, veuillez expliquer les circonstances sur une feuille distincte et joindre une copie certifiée conforme de la décision.	Oui ☐	Non ☐
Votre droit d'exercice a-t-il déjà été restreint ou limité, au Canada ou dans un autre pays? Si oui, veuillez expliquer les circonstances sur une feuille distincte et joindre une copie certifiée conforme de la décision.	Oui ☐	Non ☐

Si vous avez coché oui à l'une des questions précédentes, sachez que cela pourrait avoir une incidence sur la délivrance du permis et votre inscription au Tableau par l'Ordre.

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).

Les renseignements recueillis dans ce formulaire sont indispensables pour le traitement de votre demande d'équivalence. L'omission de les fournir peut entraîner un retard ou le rejet de votre demande. Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou les faire corriger.

Je déclare que tous les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts et complets et j'autorise toute vérification nécessaire.

Je m'engage par ailleurs à ne pas accomplir les activités réservées aux hygiénistes dentaires, ni en utiliser le titre, jusqu'à ce qu'un permis d'exercice de la profession me soit délivré par l'Ordre et à défaut je comprends que je m'expose à des poursuites pénales.

Signature du candidat

Date

equivalence@ohdq.com

Ordre des hygiénistes dentaires du Québec

606, rue Cathcart, bureau 700, Montréal (Québec) H3B 1K9

DOCUMENTS À TRANSMETTRE

TRADUCTION :

Les documents originaux que vous transmettez qui sont rédigés dans une langue autre que le français ou l'anglais, doivent être accompagnés de leur traduction en français ou en anglais. **La traduction doit être certifiée conforme à l'original** par un membre de l'**Ordre professionnel des traducteurs, terminologues et interprètes agréés du Québec** (OTTIAQ), <https://ottiaq.org/>. Ce processus s'applique également si vous avez fait traduire vos originaux dans votre pays. Les traductions devront être certifiées conformes par un membre de l'**OTTIAQ**. Vous devrez présenter vos originaux ainsi que les traductions.

- ☐ Questionnaire d'autoévaluation, dûment rempli (pour l'obtention de ce questionnaire, communiquer par courriel à equivalence@ohdq.com)
- ☐ Formulaire de demande d'équivalence de diplôme ou de la formation, dûment rempli
- ☐ Photocopie d'une pièce d'identité avec photo
- ☐ Copie certifiée conforme de tout diplôme pertinent
Cette copie certifiée conforme doit porter le sceau de l'établissement d'enseignement émetteur.
- ☐ Dossier académique des études postsecondaires (collégiales ou universitaires)
 - **Relevés de notes officiels**
 - **Description détaillée des cours théoriques et pratiques suivis**
Le numéro du cours figurant au relevé de notes doit correspondre au numéro du cours au syllabus. Ces informations se présentent généralement sous la forme d'un cahier de programme, d'un syllabus ou d'un plan de cours émis par l'établissement d'enseignement.
 - **Nombre d'heures pour chacun des cours théoriques et pratiques suivis**
Le document officiel transmis doit démontrer le nombre total d'heures d'enseignement dispensées par semestre, pour chacun des cours suivis.
 - **Nombre de semaines par semestre**
- ☐ Lettres d'attestation d'emploi
Pour chacune des expériences de travail, joindre une lettre d'emploi, attestée et signée par l'employeur, incluant :
 - Nom de l'établissement, de l'entreprise ou de l'employeur
 - Titre d'emploi o Secteur(s) d'activité(s)
 - Période durant laquelle vous avez occupé le(s) poste(s)
 - Nombre d'heures travaillées par semaine
 - Nombre d'années d'expérience
 - Description détaillée des tâches effectuées pour chacun des postes occupés

Si vous travaillez à votre propre compte, transmettre aussi une déclaration attestant de votre pratique privée.

- ☐ Attestations de participation à des activités de formation continue **suivies au cours des cinq (5) dernières années**, le cas échéant

Attestations de participation et description des activités de formation continue, qui concernent les activités professionnelles du champ d'exercice de l'hygiène dentaire, **suivies au cours des cinq (5) dernières années**.

- ☐ Documents émis par l'organisme réglementaire du pays d'origine attestant de l'autorisation à y exercer votre profession

- ☐ Autres documents pertinents (ex : cours préparatoires et résultat à un examen national, rapport de stage, suivis, etc.)

- ☐ Frais pour l'étude du dossier

Ces frais non-remboursables de 402,41 \$ (incluant les taxes) sont payables par chèque visé ou mandat-poste fait à l'ordre de l'OHDQ. Vous pouvez également payer par carte de crédit Visa ou Mastercard à l'aide de la rubrique apparaissant ci-dessous.
L'argent comptant et les chèques personnels ne sont pas acceptés.

AUTORISATION DE PAIEMENT

FRAIS À PAYER POUR L'ÉTUDE DU DOSSIER PAR LE COMITÉ D'ADMISSION

• Frais d'étude du dossier	350,00 \$
• TPS applicable sur les frais d'étude du dossier	17,50 \$
• TVQ applicable sur les frais d'étude du dossier	34,91 \$
MONTANT TOTAL À PAYER	402,41 \$

NUMÉRO DE TPS : 10698 6011 RP

NUMÉRO DE TVQ : 1 006 163 498

Veuillez choisir l'un des modes de paiement suivants :

- ☐ Mandat-poste à l'ordre de l'OHDQ

* Aucun chèque personnel n'est accepté

- ☐ Carte de crédit (VISA ou MasterCard)

_____/_____/_____/_____
Numéro de la carte

_____/_____/_____
Expiration (AAAA/MM)

Code CVV
(3 chiffres)

Nom du titulaire de la carte

Signature du titulaire de la carte

ANNEXE

Précisez le nom de la section du formulaire à compléter et fournissez les informations détaillées.