



DEMANDE DE PERMIS DE TECHNICIEN(NE) DENTAIRE
Application for Dental Technician permit

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS / GENERAL INFORMATION	
Nom / <i>Name</i> : _____ (prénom complet) (<i>given name</i>) (nom de famille) (<i>surname</i>)	photo
Adresse de résidence / <i>Home address</i>	

(n° civique) (rue) (appartement) (<i>civic number</i>) (<i>street</i>) (<i>suite</i>)	

(ville) (province) (code postal) (<i>city</i>) (<i>province</i>) (<i>postal code</i>)	

(téléphone) (cellulaire) (adresse électronique) (<i>phone number</i>) (<i>mobile phone</i>) (<i>e-mail address</i>)	
Lieu actuel d'exercice / Actual place of practise	

(Laboratoire/ Laboratory) (n° civique / <i>civic number</i>) (rue / <i>street</i>) (bureau / <i>suite</i>)	

(ville / <i>city</i>) (province / <i>province</i>) (code postal / <i>postal code</i>)	

(téléphone / <i>phone no.</i>) (télécopieur / <i>fax</i>) (adresse électronique / <i>e-mail address</i>)	

Lieu de naissance _____ <i>Place of birth</i>	Date de naissance _____ <i>Date of birth</i> année – mois – jour / <i>year – month – day</i>
Sexe / <i>Sex</i> Féminin / <i>Female</i> _____	Masculin / <i>Male</i> _____
Citoyenneté / <i>Citizenship</i> : <input type="checkbox"/> Canadienne / <i>Canadian</i> <input type="checkbox"/> Immigrant-reçu / <i>Permanent resident</i> - Depuis / <i>Since</i> : _____ <input type="checkbox"/> Autre	
Adresse pour la correspondance / <i>mailing address</i> : <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work	
CONNAISSANCE DE LA LANGUE FRANÇAISE / KNOWLEDGE OF THE FRENCH LANGUAGE	
Avez-vous suivi à temps complet au moins trois années d'enseignement de niveau secondaire ou postsecondaire dispensé en français? / <i>Have you had full time secondary or post-secondary education in French for at least three years?</i>	oui / yes <input type="checkbox"/> non / no <input type="checkbox"/>
Avez-vous réussi les examens de français langue maternelle de la quatrième ou de la cinquième année du cours secondaire québécois? / <i>Have you passed examinations in French as a maternal language in the fourth or fifth year of secondary education in Quebec?</i>	oui / yes <input type="checkbox"/> non / no <input type="checkbox"/>
Depuis 1986, avez-vous obtenu un certificat d'études secondaires au Québec? / <i>Have you obtained a certificate in secondary education (High School Diploma) in Quebec since 1986?</i>	oui / yes <input type="checkbox"/> non / no <input type="checkbox"/>

Détenez-vous une attestation délivrée par l'Office de la langue française ou une attestation définie comme équivalente par règlement du gouvernement? (1977, c.5, a.35 ; 1983 ,c.56, a.9 ; 1994, c.40, a.11). / <i>Have you been certified by the Office de la langue française or do you have certification defined as being equivalent by a government regulation?</i>	oui / yes <input type="checkbox"/> non / no <input type="checkbox"/>
---	---

Langues parlées / Spoken languages :
 Français / *French* Anglais / *English* Autres / *Others* : _____

Langue dans laquelle vous désirez recevoir le courrier : Français / *French* Anglais / *English*

ÉTUDES / EDUCATION

Nom de l'établissement <i>Name of Institution</i>	Endroit <i>Location</i>	Diplôme obtenu <i>Diploma or Degree</i>	Date <i>De / From À / To</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE EMPLOI / EMPLOYMENT INFORMATION

Domaines de la technique dentaire dans lesquels vous travaillez ou avez travaillé principalement
Activities of Dental Technic in which you work or have worked mainly

Prothèse complète amovible / *Removable full dentures*
 Prothèse partielle amovible / *Removable partial dentures*
 Prothèse partielle fixe / *Fixed partial dentures*
 Orthodontie / *Orthodontic appliances*
 Prothèse squelettique / *Skeletal dentures*
 Maxillo-faciale / *Maxilla-facial devices*
 Implant / *Implants*

Propriétaire / *Owner* Employé / *Employee* temps plein / *full time* temps partiel / *partial time*

PERMIS D'EXERCICE ANTÉRIEUR(S) ET COURANT(S) / PREVIOUS AND CURRENT PERMITS

Énumérez le(s) pays où vous avez déjà obtenu un permis d'exercice de technicien dentaire ou autre permis conduisant à l'exercice d'une profession. Joindre une lettre de bonne conduite. / *List the country(ies) where you have previously obtained a permit to practice as dental technician. Join a letter of goodstanding.*

(endroit / *place*)

date d'émission du permis/ *permit issued* date d'échéance du permis / *expiration date of permit*

(endroit / *place*)

date d'émission du permis/ *permit issued* date d'échéance du permis / *expiration date of permit*

RENSEIGNEMENTS DISCIPLINAIRES ET JUDICIAIRES / DISCIPLINARY AND CRIMINAL INFORMATION

Faites-vous actuellement l'objet d'une plainte disciplinaire devant un comité de discipline d'un ordre professionnel?
Are you currently the subject of a disciplinary complaint?

Oui / Yes _____ Non / No _____ Si oui, joindre une copie de la plainte. / *If yes, please attach a copy.*

Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision disciplinaire d'un ordre professionnel? Si oui, joindre une copie de la décision finale. / *Have you ever been the subject of a disciplinary decision? If yes, please attach a copy of the final decision.*

Oui / Yes _____ Non / No _____

Vous a-t-on déjà révoqué, limité ou suspendu votre permis d'exercice ? / *Have your permit to practice been revoked, limited or suspended?*

Oui / Yes _____ Non / No _____

Si oui, donnez les détails et joindre une copie de la décision. / *If yes, give details and attach a copy of the decision.*

Avez-vous déjà fait l'objet d'une radiation provisoire, temporaire ou permanente? / *Have you ever been the subject of a provisional, temporary or permanent removal from a Roll or Registry?*

Oui / Yes _____ Non / No _____

Si oui, donnez les détails et joindre une copie de la décision. / *If yes, give details and attach a copy of the decision.*

Vous a-t-on déjà refusé un permis d'exercice professionnel au Canada ou dans un autre pays? / *Have you ever been refused when making an application for a permit to practice?*

Oui / Yes _____ Non / No _____ Si oui, expliquez les faits. / *If yes, please explain the circumstances*

INFRACTION CRIMINELLE / CRIMINAL OFFENCE

Avez-vous déjà été reconnu coupable d'une infraction criminelle au Canada ou dans un autre pays? / *Have you ever been convicted of a criminal offence by a Canadian or foreign court?*

Oui / Yes _____ Non / No _____

Si oui, exposez les faits et joindre une copie du jugement de la Cour, le cas échéant. / *If yes, please explain the facts and attach a copy of the court ruling, in that case.*

Documents requis pour une demande de permis de technicien(ne) dentaire.

Documents required for a training equivalency application form.

*** Obligatoire / Compulsory**

- *Copie du diplôme d'études collégiales (D.E.C.) ou copie du dernier bulletin / *Copy of Collegial Studies diploma or copy of last report;*
- *Une photo récente format passeport / *One recent photo (passport size);*
- *Copie des plaintes disciplinaires, décisions disciplinaires ou condamnations criminelles vous concernant / *Copy of any disciplinary decision criminal condemnation relative to yourself*
- *Paiement de 100,07 \$ par chèque ou carte de crédit (65 \$ cotisation plus taxes et 26,70 \$ cotisation à l'Office des professions) / *Payment of \$100,07 (\$65.00 fees plus taxes and \$26.70 fees of the Office des professions) by cheque or credit card*

DÉCLARATION / DECLARATION

J'affirme solennellement que les déclarations contenues dans le présent document sont conformes à la vérité et j'autorise toute vérification nécessaire.

I hereby solemnly affirm that the declaration and information supplied in reply to this questionnaire are true and I authorize all necessary verification.

Date : _____

Signature du candidat / *Signature of applicant* : _____

PAIEMENT / PAYMENT

Chèque à l'ordre de « Ordre des techniciennes et techniciens dentaires du Québec » ou « OTTDQ »
Cheque to the order of Ordre des techniciennes et techniciens dentaires du Québec or OTTDQ

VISA MASTER CARD

N°de la carte : _____ Date d'exp. : _____

Card number

Exp. Date

Nom du détenteur de la carte : _____

Name of the cardholder

Signature _____