

TYPE DE FORMULAIRE

INSCRIPTION AU REGISTRE NATIONAL DE LA MAIN-D'ŒUVRE DES TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS

RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ

Nom sur le certificat de naissance		Prénom	
Sexe	Date de naissance (aaaa-mm-jj)		
Adresse			
Numéro	Rue	App.	
Ville	Province	Code postal (A9A 9A9)	
Téléphone principal ((123) 456-7890)	Poste	Type	
Téléphone secondaire ((123) 456-7890)	Poste	Type	
Courriel de correspondance (personnel)			
Courriel de correspondance (autre)			
Adresse de correspondance (si différente)			
Numéro	Rue	App.	
Ville	Province	Code postal (A9A 9A9)	

PERMIS DE CONDUIRE CLASSE 4A

Ou l'équivalent reconnu par la Société de l'assurance automobile du Québec

Numéro de permis :	Date d'expiration (aaaa-mm-jj) :
--------------------	----------------------------------

DÉCISION JUDICIAIRE

Avez-vous déjà été déclaré coupable d'un acte criminel au Québec, au Canada ou à l'étranger?
Répondez « NON » Si vous n'avez pas été le sujet d'une condamnation ou si vous avez obtenu un pardon.

NON

OUI

Si coché OUI, date du jugement (**obligatoire**) (aaaa-mm-jj) :

APPARTENANCE À UN OU PLUSIEURS ORDRES PROFESSIONNELS

Êtes-vous membre d'un ou de plusieurs ordres professionnels?

NON

OUI

Si oui, indiquer le nom du ou des ordres et votre ou vos numéros de membre :

FORMATION INITIALE

Indiquer le diplôme le plus récent que vous avez obtenu et la date d'obtention (aaaa-mm-jj)

Diplôme d'études collégiales (DEC) en soins préhospitaliers d'urgence

Date :

Formation équivalente reconnue par le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence

Date :

Certificat ou autre reconnaissance professionnelle officielle, délivré au Canada reconnu par le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence

Date :

Indiquer l'institution d'enseignement collégial (ou autre) qui a délivré le diplôme/attestation

Nom de l'institution :

Type de programme :

Autre institution (spécifier) :

Adresse de l'institution hors Québec :

Programme de mobilité de la main-d'œuvre

Avez-vous obtenu une reconnaissance en vertu du programme de mobilité de la main-d'œuvre?

NON

OUI (date d'obtention de la reconnaissance) (aaaa-mm-jj) :

DÉCLARATION

Véracité

- Je demande à être inscrit au registre national de la main-d'œuvre des techniciens ambulanciers paramédics
- J'ai dûment rempli ce formulaire et déclare que tous les renseignements fournis sont vrais.
- Je m'engage à aviser le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de tout changement d'adresse postale, d'adresse courriel et numéros de téléphone. Je comprends que toute fausse déclaration ou déclaration incomplète pourrait entraîner des conséquences importantes.

Code de conduite

Je m'engage à respecter le [code de conduite provincial](#) des techniciens ambulanciers paramédics du Québec.

Utilisation des données

J'autorise le MSSS à conserver une copie des informations inscrites sur le présent formulaire, et ce, uniquement à des fins administratives en lien avec l'inscription au registre national de la main-d'œuvre ([Règlement sur les conditions d'inscription d'un technicien ambulancier au registre national de la main-d'œuvre, chapitre S-6.2, r. 1](#) et [Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, chapitre A-2.1](#)).

Je reconnais avoir lu et accepté l'ensemble des déclarations ci-hautes : section DÉCLARATIONS.

Inscrire votre prénom et nom :

Date (aaaa-mm-jj) :

Veillez faire parvenir ce formulaire dûment rempli et les documents, en format PDF, par courriel, à [votre équipe régionale des services préhospitaliers d'urgence](#).