

FORMULAIRE DU REGISTRE NATIONAL DE LA MAIN-D'ŒUVRE DES TECHNICIENS
AMBULANCIERS PARAMÉDICS (TAP)

RENOUVELLEMENT

RÉACTIVATION

RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ

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

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 :

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) :

CARTE DE STATUT - NIVEAU DE SOINS

CISSS/CIUSSS/Urgences-santé d'appartenance :

Numéro de matricule
(A-9999):

Date d'expiration (aaaa-mm-jj) :

Statut (*actif, inactif,
actif avec restrictions*) :

Niveau des soins
(*primaires/avancés*):

EMPLOYEURS

Inscrire tous les employeurs (services ambulanciers, maisons d'enseignement ou autres) avec lesquels vous avez un lien d'emploi

Nom : Employeurs	Adresse	Secteur

DEMANDE DE PROLONGATION ***SEULEMENT POUR LE RENOUVELLEMENT***

Je demande une prolongation à mon statut au registre national de la main-d'œuvre des TAP à la suite d'un empêchement majeur (Voir [Politique de prolongation pour pièces justificatives](#))

Maladie

Congé de maternité | Date de naissance prévue (**obligatoire**) (aaaa-mm-jj):

Congé parental

Autre, Spécifier :

Date de début de l'absence prolongée (**obligatoire**)
(aaaa-mm-jj):

Date prévue de retour de l'absence prolongée (**obligatoire**)
(aaaa-mm-jj) :

DÉCLARATIONS

Véracité

- Je demande à (*renouveler ou réactiver*) :
- 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](#))

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

Inscrire votre prénom & nom :

Date (aaaa-mm-jj):

POUR NOUS JOINDRE

Courriel : registreTAP@msss.gouv.qc.ca

Téléphone : 581-814-9100 p. 62900

Avant de nous retourner ce formulaire à l'adresse courriel : k11_renouvellement@msss.gouv.qc.ca, assurez-vous que vos coordonnées dans la section « Renseignements sur l'identité » sont à jour auprès de [votre équipe régionale des services préhospitaliers d'urgence](#)