



CANADIAN DENTAL ASSOCIATION
L'ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE

CERTIFICAT DE RECONNAISSANCE (réussite d'un programme d'internat dentaire agréé au Canada)

En 1994, l'Association dentaire canadienne a approuvé l'établissement d'une base de données nationale qui constitue un répertoire d'étudiants qui ont obtenu un certificat conféré dans le cadre :

- d'un programme d'internat ou
- de résidence multidisciplinaire en dentisterie dans un établissement hospitalier.

Les étudiants diplômés qui ont terminé avec succès un programme au Canada d'internat agréé ou de résidence multidisciplinaire en dentisterie agréé par la Commission de l'agrément dentaire du Canada (CADC) peuvent faire la demande pour un Certificat de reconnaissance encadré.

À l'heure actuelle, pas tous les ordres professionnels ne reconnaissent l'internat dentaire comme formation continue. Toutefois, avec l'adoption de ce programme, on espère que les ordres professionnels provinciaux i) reconnaîtront l'internat dentaire comme crédit de formation continue et ii) enregistreront dans leurs banques de données l'accomplissement d'un internat dentaire et l'obtention du certificat.

L'importance de l'inscription au programme

Le certificat de reconnaissance confirme à des employeurs dans des établissements de santé, dans d'autres établissements et au gouvernement que vous êtes un candidat qualifié. Le certificat confirme également au public et à des groupes de consommateurs que vous êtes un praticien avec une formation poussée et de l'expérience dans le domaine de la dentisterie en milieu hospitalier.

Demande

Des frais de 150,00 \$ plus TPS ou TVH (veuillez voir le formulaire «Demande de Certificat» pour plus de précisions) sont exigés pour le traitement d'une demande de certificat délivré par l'Association dentaire canadienne pour la réussite d'un programme d'internat dentaire agréé au Canada. Les frais doivent être envoyés avec la demande et sont payables par cheque, VISA ou MASTERCARD.

VEUILLEZ REMPLIR LA DEMANDE DE CERTIFICAT (VOIR CI-DESSOUS) ET LA FAIRE PARVENIR À LA :

Registraire
Programme de reconnaissance de programme d'internat dentaire
a/s Association dentaire canadienne
1815, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) Canada K1G 3Y6

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez au programme.

**DEMANDE DE CERTIFICAT****SVP ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES****(reconnaissance de la réussite d'un programme d'internat dentaire agréé au Canada)**

Remarque : Veuillez indiquer votre adresse complète, incluant votre n° d'appartement (aucune boîte postale, svp).
 Tout retour ou remplacement de certificats pourrait occasionner des frais supplémentaires.

Prénom :		Initiale du second prénom :		Nom de famille :	
Adresse :		Adresse :			
<input type="checkbox"/> domicile ou <input type="checkbox"/> bureau	Ville :	Province :	Code postale :		
N° de téléphone :		N° de téléphone au bureau:			
Courriel :					

Nom du programme d'internat auquel vous avez participé :
Nom de l'établissement de soins où vous avez accompli l'internat :
Nom du directeur de programme :
Adresse de l'établissement de soins (ville, province) :
À quelle date avez-vous terminé le programme d'internat : (mois/année):
Nom de l'école dentaire où vous avez obtenu le <input type="checkbox"/> DDS ou le <input type="checkbox"/> DMD : (ville/province):

Nom de la (des) province(s) ou de la (des) région(s) où vous êtes autorisé(e) à exercer la médecine dentaire (indiquez-les toutes) :	Voulez-vous que nous informions cette province ou région de votre participation au programme d'internat susmentionné?
A	A <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
B	B <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
C	C <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Je soussigné(e) (veuillez écrire votre nom en lettres mouillées) _____, autorise l'Association dentaire canadienne :

- de communiquer avec le directeur du programme à l'établissement de soins tel que mentionné ci-dessus pour confirmer ma participation au programme d'internat ou de résidence multidisciplinaire en dentisterie susmentionné.
ET
- si indiqué, d'informer le(les) ordre(s) professionnel(s) susmentionné(s) de ma participation au programme d'internat ou de résidence multidisciplinaire en dentisterie susmentionné.

Signature

Date

Frais : 150,00 \$ + TPS ou TVH _____ \$ (*) = _____ \$ (TPS/TVH R106845209)
 (*) 5 % TPS pour AB, SK, MB, QC, BC, NT, NU, YK = 7,50 \$
 13 % TVH pour ON = 19,50 \$ / 15 % TVH pour IPE, TN, NB = 22,50 \$ / 14 % TVH pour NE = 21,00 \$
 Si les frais sont payés par un organisme exonéré d'impôt, veuillez fournir votre n°/info d'exemption d'impôt.

Cheque (au nom de l'Association dentaire canadienne)

Carte de crédit (Un membre de notre équipe vous contactera par téléphone pour effectuer le paiement par carte de crédit)

Veuillez envoyer la demande avec paiement à l'adresse ci-dessous :

Programme de reconnaissance de programme d'internat dentaire
 a/s Association dentaire canadienne

1815, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) Canada K1G 3Y6

Tél. : 613-523-1770, poste 5001 ou 1-800-267-6354 Téléc. : 613-523-7736