

**ASSOCIATION CANADIENNE DES PHYSIENS ET PHYSIENNES (ACP)
FORMULAIRE DE DEMANDE DE CERTIFICATION**

(Les frais d'inscription et le curriculum vitae doivent être envoyés avec ce formulaire dûment rempli.)

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM(S) _____

Nom devant paraître sur le certificat (s'il diffère du nom ci-dessus) _____ Numéro de membre de l'ACP (ex. M1111) _____

ADRESSE _____

VILLE _____ PROVINCE _____

CODE POSTAL _____ PAYS _____

COURRIEL _____

- Je suis citoyen canadien.
- Je suis résidant permanent du Canada.
- Autre, spécifiez _____

Date de naissance _____
AAAA-MM-JJ

ÉTUDES

De	À	Université ou collège	Cours	Diplôme	Année obtenu

___ Le relevé de notes est joint.
___ Le relevé de notes sera envoyé directement à l'ACP par _____
___ Autre, spécifiez _____

EMPLOIS (à détailler dans le c.v.) Curriculum vitae ci-joint Oui

RÉFÉRENCES (devraient comprendre votre superviseur actuel, au besoin)

Des dispositions ont été prises pour envoyer directement mes références à l'ACP ? Oui (formulaire disponible à www.cap.ca)

Nom / poste	Adresse	Téléphone	Télécopieur	Courrier électronique

JE SOUHAITE ACQUITTER LES FRAIS D'INSCRIPTION DE 100 \$ (résidents ailleurs de Canada), 105 \$ (TPS), ou 113 \$ (TVH) par
 chèque / mandat-poste (ci-joint) Visa Mastercard

Numéro de carte : _____
Date d'expiration : _____ cvd : _____
Titulaire de la carte : _____

J'atteste que j'ai lu, compris et accepte, par la présente, les dispositions détaillées dans la feuille de renseignements généraux annexée au formulaire de demande de certification. J'atteste que les déclarations contenues dans ce formulaire de demande sont exactes et j'y joins les frais d'inscription et le curriculum vitae, tel que requis. Je consens à respecter le code de conduite et de déontologie de l'ACP pour les licenciés de la certification professionnelle (imprimé à l'endos des renseignements généraux). Je comprends que l'Association canadienne des physiciens et physiciennes se réserve le droit d'enquêter sur toute déclaration contenue dans le présent formulaire.

Signature _____

Date _____