



**Technologues en radiation médicale formés à l'étranger
DEMANDE D'ÉVALUATION**

Numéro de membre ACTRM _____

- Si vous n'avez pas un numéro de member ACTRM, laissez cet espace vide.

Discipline de l'évaluation :

- Technologie de la radiologie Technologie de médecine nucléaire
 Résonance magnétique Radiothérapie

M. Mme

Nom Prénom Second prénom
Caractères d'imprimerie s.v.p.

Nom de famille à la naissance Date de naissance Mois/Jour/Année M F
Sexe

Adresse postale

Ville, Province, Pays, Code postal

Numéro de téléphone (y compris code du pays et indicatif régional) Courriel

Dans quelle province du Canada désirez-vous pratiquer?

PARTIE 1

Programme éducatif en technologie de la radiation médicale

Vous devez fournir à l'ACTRM une attestation de réussite d'un programme éducatif en technologie de la radiation médicale de niveau postsecondaire.

Voici les documents à présenter :

- Copie notariée de votre relevé de notes officiel

- Attestation de la réussite du programme –copie notariée du diplôme ou du certificat,
- Curriculum ou aperçu des cours du programme, soit
- La liste détaillée des cours et une description de chacun

Titre du programme réussi _____

Nom du diplôme/du grade

(tel qu'il figure au document officiel)

Établissement d'enseignement des cours théoriques :

Adresse _____

Ville _____ Pays _____ Code postal _____

Date du début _____ Date de la fin _____

Mois /Année

Mois /Année

Établissement(s) de la formation clinique :

Ville _____ Pays _____

Date du début _____ Date de la fin _____

Mois /Année

Mois /Année

Si d'autres établissements ont servi à la formation clinique, veuillez indiquer les renseignements demandés sur une autre feuille.

Durée totale du programme – théorique (en mois) : _____ **clinique (en mois) :** _____

Avez-vous suivi un programme de transition canadien en technologie de la radiation médicale?
 ___ Oui ___ Non

Si oui, où? _____

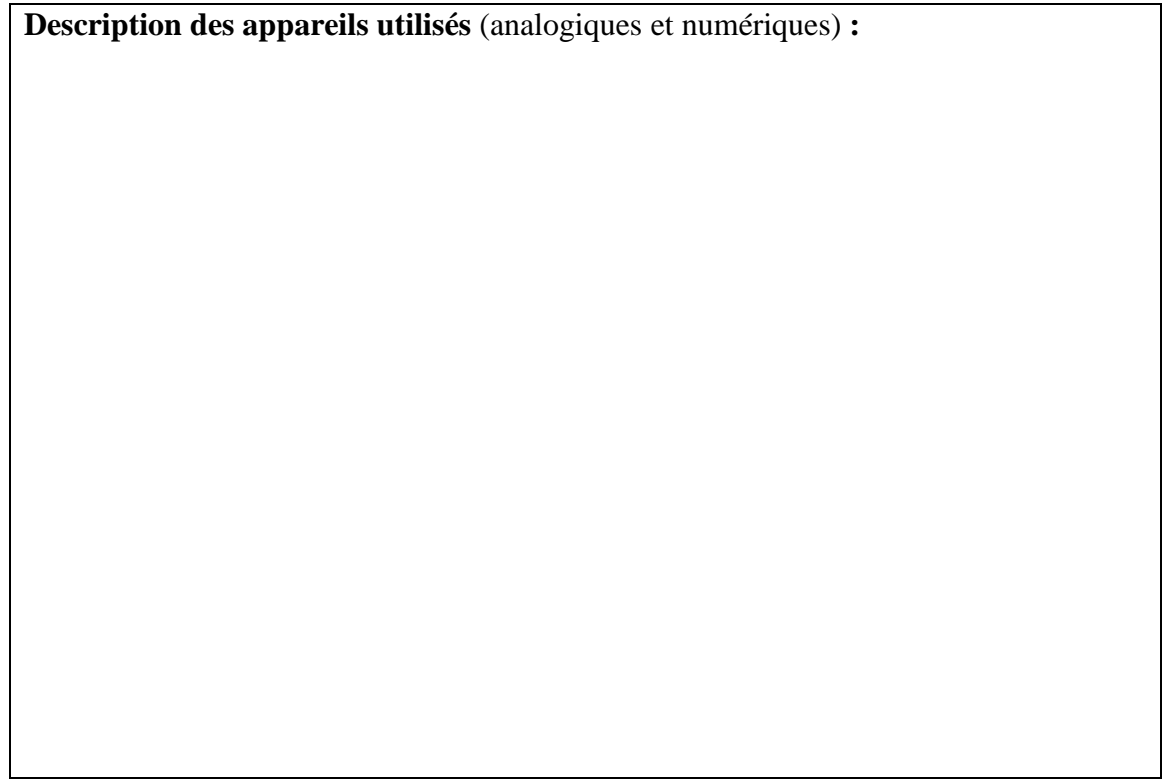
(Établissement d'enseignement canadien, ville, province)

Description du programme éducatif

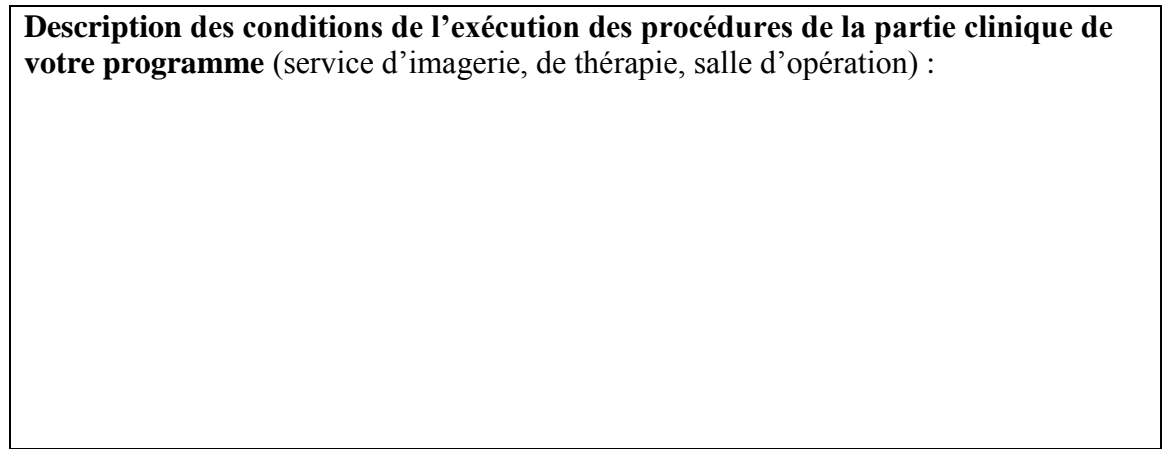
En plus de la liste détaillée des cours et de la description du contenu de chacun, vous devez fournir des renseignements additionnels sur le programme éducatif.

Description du milieu clinique de votre programme éducatif (décrivez les types d'appareils utilisés, les conditions de l'exécution des procédures et les types de patients) :

Description des appareils utilisés (analogiques et numériques) :



Description des conditions de l'exécution des procédures de la partie clinique de votre programme (service d'imagerie, de thérapie, salle d'opération) :



Description des types de patients pour l'exécution des procédures (adultes, enfants, trauma) :

PARTIE 2
Langues parlées

Vous devez fournir une attestation de votre aisance en anglais ou en français, si ces langues ne sont pas votre langue maternelle.

- Joindre une attestation de votre établissement d'enseignement indiquant que votre programme, théorique et clinique, se déroulait en anglais ou en français.

OU

- Soumettre les résultats de votre test de maîtrise langagière – voir les lignes directrices de l'ACTRM sur la maîtrise de la langue :

Si l'anglais ou le français n'étaient pas la langue de formation, quelle était la langue utilisée?

En quelle langue avez-vous exercé la technologie de la radiation médicale au cours des cinq dernières années?

PARTIE 3

Expérience professionnelle

Indiquez le nombre d'heures (en fonction d'une journée de travail de 7,5 h) travaillées au cours des cinq dernières années dans la discipline d'inscription.

Donnez les noms, adresses, courriels et numéros de téléphone de tous vos employeurs des cinq dernières années ainsi que les dates du début et de la fin des emplois.

Date du début/ Date de la fin Mois/Année	Nom de l'établissement	Adresse (ville, pays, personne à contacter pour renseignements)	Nom du superviseur et signature

- Joindre une lettre de confirmation d'emploi et de références de votre dernier employeur ou de votre employeur actuel comme technologue dans la discipline d'inscription. La lettre doit être datée et confirmer le **dernier jour de l'emploi**.
- Joindre le formulaire d'évaluation des compétences cliniques rempli pour la discipline d'inscription.
- Joindre une attestation d'inscription à une association, une société ou un organisme de réglementation pour la discipline d'inscription, s'il y a lieu.
- Joindre des attestations d'activités de perfectionnement professionnel continu dans la discipline d'inscription.

PARTIE 4

Déclaration de moralité

Joindre une lettre de recommandation attestant votre bonne conduite signée par une personne qui vous connaît depuis au moins deux ans.

Vous a-t-on jugé responsable d'une inconduite professionnelle, d'une incompétence ou d'une incapacité dans le domaine de la technologie de la radiation médicale ou d'une autre profession de la santé?

Oui Non

Avez-vous été reconnu coupable d'un acte criminel ou d'une infraction liée à la réglementation de l'exercice de la technologie de la radiation médicale?

Oui Non

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions ci-dessus, veuillez préciser sur une feuille distincte.

PARTIE 5

Déclaration de conformité et liste de vérification

- ✓ Je confirme que toutes les déclarations de cette demande sont exactes. Je comprends qu'une déclaration fautive ou équivoque, une omission ou une déformation peut compromettre ma demande d'inscription.
- ✓ J'autorise l'ACTRM à communiquer avec une autorité, un établissement, une association, un organisme ou une personne d'un territoire donné pour vérifier les déclarations de ma demande et les documents présentés.
- ✓ Je comprends que l'ACTRM traitera la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels en toute confidentialité.
- ✓ Je m'engage à aviser l'ACTRM de toute modification de mes coordonnées.
- ✓ Je comprends que je pourrais avoir à soumettre d'autres renseignements si nécessaire.

Signature du demandeur

(imprimez le document pour signer en stylo)

Date (mois/jour/année)

PARTIE 6

Frais

Frais d'évaluation non remboursables de 300 \$CAN

Paielement effectué par :

- Chèque (les chèques postdatés ne sont PAS acceptés) ou mandat, à l'ordre de l'ACTRM
- Visa # _____ date d'expiration _____
Nom du titulaire de la carte _____
CSC/CVV _____ (3-digit number au dos de la carte)
- Master Card # _____ date d'expiration _____
Nom du titulaire de la carte _____
CSC/CVV _____ (3-digit number au dos de la carte)

Signature (imprimez le document pour signer en stylo)

Date

Liste de vérification des documents à soumettre pour l'évaluation :

- Formulaire de demande d'évaluation rempli
- Frais d'évaluation
- Copies notariées de relevé de notes
- Curriculum et description des cours
- Attestation de maîtrise langagière
- Lettre de confirmation d'emploi et de la dernière date de l'emploi
- Formulaire d'évaluation des compétences cliniques de la discipline d'inscription
- Attestation d'inscription à une association professionnelle, le cas échéant
- Attestation d'activités de perfectionnement professionnel continu, le cas échéant
- Lettre de recommandation confirmant la bonne conduite

Veillez faire parvenir le formulaire rempli et les documents demandés à :

Association canadienne des technologues en radiation médicale (ACTRM)
À l'attention de gestionnaire de l'agrément
180, rue Elgin, bur.1300
Ottawa ON K2P 2K3
CANADA

Sans frais : 1-800-463-9729 Téléphone : 613-234-0012
Fax (613) 234-1097

Courriel : certification@camrt.ca

Site Web : www.camrt.ca