

Technologues en radiation médicale formés à l'étranger Demande D'évaluation

Numéro de membre ACTRM:

Notez: Si vous n'avez pas un numéro de membre ACTRM, [cliquez ici](#) pour ouvrir un compte. (Veuillez utiliser une adresse e-mail personnelle permanente et votre nom tel qu'il apparaît sur une pièce d'identité délivrée par le gouvernement)

Discipline de l'évaluation : (veuillez sélectionner qu'un seul, une demande séparée est nécessaire pour une discipline supplémentaire):

Résonance magnétique

Technologie de médecine nucléaire

Technologie de la radiologie

Radiothérapie

Prénom:

Second prénom:

Nom de famille:

Nom de famille précédent:

Date de naissance:

Adresse postale actuelle

Nom et numéro de rue:

Ville:

Province/ District:

Pays:

Code postale:

Numéro de téléphone (codes de pays et de région inclus):

Email:

La province canadienne dans laquelle vous avez l'intention de pratiquer:

Si vous avez sélectionné la Saskatchewan, veuillez répondre à la question suivante :

Avez-vous reçu l'approbation de SAMRT pour que l'évaluation des titres de compétences soit effectuée par l'ACTRM ?

Oui

Non

Ne s'applique pas (pas d'intention de pratiquer au Saskatchewan)

Si vous avez sélectionné Non, veuillez contacter CMRIPS (SAMRT) pour déterminer votre admissibilité à l'évaluation des titres de compétences par l'ACTRM. Visitez le site Web du [CMRIPS](#).

Si vous avez sélectionné la Nouvelle Écosse, veuillez répondre à la question suivante :

Avez-vous reçu l'approbation de NSCMIRTP pour que l'évaluation des titres de compétences soit effectuée par l'ACTRM ?

Oui

Non

Non s'applique pas (pas d'intention de pratiquer au Nouvelle Écosse)

Si vous avez sélectionné Non, veuillez contacter NSCMIRTP pour déterminer votre admissibilité à l'évaluation des titres de compétences par l'ACTRM. Visitez le site Web du [NSCMIRTP](#).

Les candidats qui souhaitent pratiquer en Ontario, en Alberta ou au Québec doivent faire une demande d'évaluation auprès de l'organisme de réglementation de la province concernée. Pour plus d'informations, cliquez [ici](#).

Partie I: 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
- Plans de cours du programme d'études (liste détaillée des cours et description de chacun d'eux)

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:

Établissement de la formation clinique:

Adresse:

Ville:

Pays:

Code postal:

Date du début:

Date de la fin:

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

Durée total 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**Description de l'équipement utilisé:****Description des conditions de l'exécution des procédures de la partie clinique de votre programme:**

Description des types de patients pour l'exécution des procédures:

PARTIE II: Langues parlées

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

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

OU

- b. 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 III: 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.

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

- A. 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**.
- B. Joindre le [formulaire d'évaluation des compétences cliniques](#) rempli pour la discipline d'inscription.
 - [Résonance magnétique](#)
 - [Technologie de médecine nucléaire](#)
 - [Radiothérapie](#)
 - [Technologie de la radiologie](#)
- C. 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.
- D. Joindre des attestations d'activités de perfectionnement professionnel continu dans la discipline d'inscription.

PARTIE IV: 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 V: Déclaration de Conformité

- Je confirme que toutes les déclarations de cette demande sont exactes. Je comprends qu'une déclaration fausse 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:

Date:

Part VI: Frais de soumissions

Frais d'évaluation non remboursables: 375\$ CAN

Méthode de paiement préférée:

Traiter les frais à l'aide d'une carte de crédit valide associée au profil de l'ACTRM du candidat. Si une carte de crédit valide n'est pas associée au profil de l'ACTRM, vet ajouter une méthode de paiement sous '*Payment Methods*', select '+ *New Credit Card*'.

Veillez sélectionner la déclaration la plus appropriée ci-dessous :

J'autorise l'ACTRM à traiter les frais de soumission au moyen de la carte de crédit associée à mon profil de l'ACTRM.

Je préfère que l'ACTRM m'envoie une facture pour effectuer moi-même le paiement par carte de crédit.

Je n'ai pas de carte de crédit et j'ai besoin d'un autre mode de paiement.

Signature:

Date:

Veillez soumettre tous les documents par voie électronique au format PDF à l'adresse suivante :

iemrt@camrt.ca