Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Direction des services de santé d'urgence

Demande d'inscription à l'examen théorique APNA 2009

La Direction des services de santé d'urgence a la compétence requise pour colliger les renseignements personnels figurant sur cette formule si cela s'avère nécessaire à la saine administration d'activités autorisées en vertu de la loi, c'est-à-dire en vue de vérifier les qualifications du candidat et lui permettre de suivre l'examen d'ambulancier paramédical de niveau avancé (APNA) dans le cadre de l'accréditation APNA. Cet examen est requis conformément la partie III, au règlement 257/00, élaboré en vertu de la *Loi sur les ambulances*. Pour de plus amples renseignements au sujet de la collecte des renseignements, communiquer avec le directeur des Normes des soins d'éducation et de patient, Direction des services de santé d'urgence, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 5700, rue Yonge, 6e étage Toronto ON M2M 4K5, Tél. : 416 327-7820.

- Le candidat doit s'assurer de lire et de se conformer aux directives accompagnent cette formule.
- Toutes les exigences stipulées doivent être rencontrées avant la date limite pour assurer l'admissibilité à contester l'examen.
- *Les copies par télécopieur ne seront pas acceptées.*
- S.V.P. imprimez clairement en caractères moulés, au stylo.

Cochez (✓) la session d'examen de votre choix et notez bien les dates qui correspondent à la session choisie :

Information sur les sessions d'examens

✓	Session	Date de l'examen	Demande d'inscription acceptée à partir de	Date limite pour la soumission de la demande d'inscription	Potentiel Sites*
☐	**Hiver**	21 janv. 2009	17 nov. 2008	19 déc. 2008	Niagara, Toronto, Sudbury, Ottawa, London
☐	**Printemps**	22 avril 2009	16 fév. 2009	20 mars 2009	
☐	**Été**	22 juil. 2009	18 mai 2009	19 juin 2009	
☐	**Automne**	21 oct. 2009	17 août 2009	18 sept. 2009	

☐ **Nouveau candidate** ☐ **Candidat faisant de nouveau la demande**

Numéro de la cote APNA	**Numéro de la cote PSSU**	**Dates des examens déjà pris**
0 0 -	**0 0 -**	aaaa mm aaaa mm aaaa mm

Renseignements sur le candidat

Nom de famille	Prénom	Autre prénom
Adresse – numéro de la rue, nom de la rue		Téléphone ( ) -
Ville	Province	Code postal

Renseignements sur l'admissibilité

Nom du Collège ou établissement de formation	☐ Temps plein ☐ Temps partiel ☐ Éducation à distance	**Date de l'obtention de votre diplôme ou la date anticipé** aaaa mm

Composantes de l'examen

Langue	**Site**	**Besoins particuliers**
☐ Anglais	Premier choix	☐ Oui (Annexer obligatoirement les pièces justificatives)
☐ Français	Second choix	☐ Non

Documents soumis

☐ Un **chèque certifié ou un mandat bancaire** de **50$** à l'ordre **du ministre des Finances**.

☐ Preuve de réussite du programme de formation d'APNA.

☐ Attestation de réussite à un programme de rattrapage approuvé.

Retourner la formule originale dûment remplie à l'adresse suivante :
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée,
Direction des services de santé d'urgence
Normes des soins d'éducation et de patient
5700, rue Yonge, 6e étage,
Toronto ON M2M 4K5

Signature

A. J'atteste que j'ai lu la trousse d'information et que je consens à me conformer aux règlements tels qu'ils y sont décrits.

B. J'atteste, au meilleur de mes connaissances, que les renseignements contenus dans cette formule sont véridiques, corrects et complets.

C. J'autorise la Direction des services de santé d'urgence, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'établissement d'enseignement où j'ai reçu ma formation d'APNA de transmettre des renseignements pertinents au passage de l'examen d'APNA du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ces renseignements seront traités en toute confidentialité et seront utilisés à l'interne, par l'établissement d'enseignement uniquement.

Signature	Date (aaaa/mm/jj)

4217-45 (2008/10) ©Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2008