

Nous avons besoin de votre consentement éclairé avant de vous inscrire à l'examen du BNEAD. Veuillez lire les énoncés qui suivent et signer ci-dessous.

Consentement relatif aux renseignements personnels

Je comprends que pour m'inscrire à l'examen du BNEAD, le BNEAD obtiendra des renseignements à mon sujet, y compris mon nom, ma photo, mon adresse postale, mon numéro de carte de crédit (si je paye par carte de crédit Visa ou MasterCard), mes relevés de notes, mes diplômes ou des lettres de mon école confirmant que je suis inscrite à un programme d'assistance dentaire admissible ou que j'ai terminé le programme avec succès.

Je comprends que si j'ai reçu ma formation d'assistance dentaire (ou une formation connexe) à l'extérieur du Canada, les documents requis pourront inclure, non exclusivement, les rapports de tierces personnes telles que des traducteurs et des organismes d'évaluation des attestations d'études internationales confirmant mes attestations d'études.

Je comprends que si je demande des modalités spéciales d'examen pour des raisons médicales ou autres, je dois fournir au BNEAD des rapports ou d'autres pièces justificatives de tierces parties telles que des conseillers pédagogiques, des psychologues ou des médecins pour appuyer ma demande.

Je comprends que si je demande une séance d'examen spéciale pour des raisons religieuses, le BNEAD exigera que je lui fournisse une confirmation écrite d'un leader religieux avant de prendre ma demande en considération.

J'ai lu la politique du BNEAD sur la collecte, la protection et la communication de mes renseignements personnels et on m'a fourni le nom d'une personne-ressource et un numéro de téléphone au cas où j'aurais des questions ou des préoccupations.

Je comprends que si je demande qu'on me fournisse ma copie d'examen après l'examen, je recevrai une copie de ma feuille de réponses ne comprenant pas les questions de l'examen du BNEAD.

Je comprends que dans l'intérêt du public le BNEAD peut communiquer mon nom, mes résultats d'examen (écrit/pratique clinique), mon numéro de certificat, la date et le lieu de mon examen écrit ou pratique clinique ou le Transfert des mes qualifications, à un organisme de réglementation en assistance dentaire de la province où j'ai fait l'examen, écrit/pratique clinique, ou à tout autre organisme de réglementation provincial qui fait une demande d'information me concernant. La divulgation de l'information relève de la discrétion du BNEAD qui peut dévoiler l'information si jugée nécessaire.

Je comprends que le BNEAD conservera mes renseignements personnels indéfiniment.

Je comprends que si le BNEAD obtient des renseignements personnels à mon sujet en plus des renseignements auxquels il est fait référence ci-dessus, il ne pourra pas communiquer ces renseignements sans mon consentement écrit.

Je consens par la présente à ce que le BNEAD recueille, utilise, communique et conserve mes renseignements personnels comme il est prévu dans la politique du BNEAD.

Signature: _____ Date: _____

Nom en caractères d'imprimerie: _____

Notes faites par le BNEAD : _____