

Toute demande incomplète sera retournée.

Prenez note que toutes les pièces justificatives doivent être des documents certifiés. Les originaux peuvent également être apportés à la région d'appartenance puis photocopiés et certifiés par le personnel sur place.

Première demande : Oui Non Si non, date de la demande antérieure :

--

1) RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ

Nom à la naissance	Nom de personne mariée	Prénom	Sexe H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
--------------------	------------------------	--------	---

Adresse

Numéro	Rue	App.
--------	-----	------

Ville	Province	Code postal
-------	----------	-------------

Téléphone principal	Poste	Type Professionnel <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Téléavertisseur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
---------------------	-------	--

Téléphone secondaire	Poste	Type Professionnel <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Téléavertisseur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
----------------------	-------	--

Adresse courriel	Date de naissance (J-M-A)
------------------	---------------------------

Adresse de correspondance (si différente)

Numéro	Rue	App.
--------	-----	------

Ville	Province	Code postal
-------	----------	-------------

2) FORMATION INITIALE

Indiquez le diplôme le plus récent que vous avez obtenu
(joindre une copie certifiée du diplôme ou de l'attestation d'équivalence de diplôme ou de formation)

	Date d'obtention :
<input type="checkbox"/> Diplôme d'études collégiales (DEC) – soins préhospitaliers	Mois Année
<input type="checkbox"/> Formation en soins avancés préhospitaliers	Mois Année
<input type="checkbox"/> Diplôme obtenu hors Québec (indiquer lequel)	Mois Année

Indiquez l'institution d'enseignement collégial (ou autre) qui a délivré votre diplôme :

Code de l'institution : _____ (voir codes à la section «Instructions» à la page 3)	Adresse : _____ _____
Autre (spécifier) : _____	Institution hors Québec : _____ _____

3) PERMIS DE CONDUIRE CLASSE 4A

ou l'équivalent reconnu par la Société de l'assurance automobile du Québec

Date de délivrance : _____	Numéro du permis : _____
----------------------------	--------------------------

4) CARTE D'IDENTIFICATION - ATTESTATION DE CONFORMITÉ ET PROMESSE D'EMBAUCHE

Carte délivrée par une autre province canadienne

Province : _____	Numéro de la carte : _____	Date d'expiration : _____
------------------	----------------------------	---------------------------

Programme de mobilité de la main-d'œuvre

Avez-vous obtenu une reconnaissance en vertu du programme de mobilité de la main-d'œuvre ?
 Oui Non

Si oui, indiquer le numéro de votre dossier de demande : _____

Date d'obtention de la reconnaissance : _____

Promesse d'embauche

Avez-vous une promesse d'embauche d'une entreprise ambulancière pour travailler à titre de technicien ambulancier paramédic (dans l'affirmative, joindre une copie ou faire signer la section suivante par un responsable de l'entreprise ambulancière)

Non Oui Si oui, indiquer le nom et l'adresse de l'entreprise :

À remplir par le responsable de l'entreprise ambulancière

Date prévue de début d'emploi : _____

Remarque : _____

Titre : _____ Signature : _____

5) APPARTENANCE À UN OU PLUSIEURS ORDRES PROFESSIONNELS

Êtes-vous membre d'un ou de plusieurs ordres professionnels?

Non Oui Si oui, indiquer le nom du ou des ordres et votre ou vos numéros de membre :

6) DÉCISION JUDICIAIRE

Avez-vous déjà été déclaré coupable d'une infraction criminelle au Québec, au Canada ou à l'étranger?
(Répondez « Non » si vous n'avez pas été le sujet d'une condamnation ou si vous avez obtenu un pardon.)

Non Fournir une attestation d'absence d'antécédents judiciaires.

(Pour plus d'information, vous référer au guide à l'intention des nouveaux diplômés, disponible sur le site d'Urgences-santé.)

Oui Fournir une copie du jugement - plumitif

Indiquer la date du jugement : _____

Indiquer la nature et les motifs de la condamnation : _____

7) DÉCLARATIONS**VÉRACITÉ**

Je demande à être inscrit au registre national de la main-d'œuvre des techniciens ambulanciers.

J'ai dûment rempli ce formulaire et affirme que tous les renseignements sont vrais.

PROGRAMME NATIONAL D'INTÉGRATION CLINIQUE

J'accepte que le ministère de la Santé et des Services sociaux et son mandataire, la Corporation d'urgences-santé, transmettent mes résultats d'évaluation du programme national d'intégration clinique à mon CISSS / CIUSSS.

CODE DE CONDUITE

Je m'engage par la présente à respecter le code de conduite provincial des techniciens ambulanciers paramédics du Québec.

Signature : _____ **Date :** _____

INSTRUCTIONS

LISTE DES CODES DE CEGEPS

CAMPUS NOTRE-DAME-DE-FOY	NDF	CEGEP DE SAINTE-FOY	STE-F
CEGEP DE L'ABITIBI-TEMISCAMINGUE	ABIT	CEGEP DE SAINT-HYACINTHE	ST-H
CEGEP DE CHICOUTIMI	CHI	COLLEGE AHUNTSIC	AHUN
CEGEP JOHN ABBOTT	JAC	COLLÈGE ELLIS	ELL
CEGEP DE L'OUTAOUAIS	OUTA	COLLEGE SHAWINIGAN	SHAW
CEGEP DE RIVIERE-DU-LOUP	RDL		

DOCUMENTS A JOINDRE (SA = si applicable)

Nouveaux diplômés

Certificat de naissance
 Preuve de réussite de la formation
 Permis de conduire 4A
 Promesse d'emploi (SA)
 Ordre (SA) - Preuve d'inscription
 Attestation d'absence d'antécédents judiciaires

Information

Pour toute question, communiquez avec votre région d'appartenance.

LISTE DES CISSS/CIUSSS/Corporation d'urgences-santé

Pour les CISSS/CIUSSS, demandez les services préhospitaliers d'urgence, pour Urgences-santé, le service de la qualité des soins et des normes professionnelles coordonne les activités liées au registre.

01 - Bas-Saint-Laurent (418) 724-5231 poste 503	09 - Côte-Nord (418) 589-9845 poste 9845
02 - Saguenay–Lac-Saint-Jean (418) 545-4980 poste 353	10 - Centre régional de la Baie-James (418) 748-3575 poste 5111
03 - Capitale-Nationale (418) 663-5000 poste 4594	11 - Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (418) 368-2349 poste 5274
04 - Mauricie et Centre-du-Québec (819) 370-2200 poste 3648	12 - Chaudière-Appalaches (418) 386-3363 poste 643538
05 - Estrie (819) 829-3400 poste 42517	14 - Lanaudière (450) 759-8222 poste 4350
Urgences-santé (514) 723-5600 poste 3491	15 - Laurentides (450) 569-4858 poste 74029 ou
07 - Outaouais (819) 966-6200 poste 7708	16 - Montérégie (450) 928-6777 poste 14175
08 - Abitibi-Témiscamingue (819) 764-3264 poste 49339	

Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence, ministère de la Santé et des Services sociaux,
 1075, chemin Sainte-Foy, 9^e étage, Québec (Québec) G1S 2M1, 418 266-5805