

Case postale 1220, Kemptville, ON K0G 1J0
 Téléphone: 1-888-273-6746 Télécopieur: 1-888-743-2952

Demande de révision d'examen

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (REPLIR À L'ORDINATEUR OU ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Prénom _____ Deuxième prénom _____ Nom de famille _____ Date: _____
 (jour/mois/année)

Adresse _____

Case postale ou route rurale (le cas échéant) _____ Ville _____

Province _____ Code postal _____ Pays _____

N° d'Échographie Canada (le cas échéant) _____ Courriel _____

Téléphone à la maison _____ Téléphone cellulaire _____

2. POUR QUEL EXAMEN OU QUELS EXAMENS DEMANDEZ-VOUS UNE RÉVISION DES RÉSULTATS ?			
<input type="checkbox"/> De base	<input type="checkbox"/> Janvier	<input type="checkbox"/> Burnaby, C.-B.	<input type="checkbox"/> Calgary, Alb.
<input type="checkbox"/> Généraliste	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Edmonton, Alb.	<input type="checkbox"/> Ottawa, Ont.
<input type="checkbox"/> Cardiaque	<input type="checkbox"/> Septembre	<input type="checkbox"/> Toronto, Ont.	<input type="checkbox"/> Hamilton, Ont.
<input type="checkbox"/> Vasculaire	Spécifiez l'année _____	<input type="checkbox"/> London, Ont.	<input type="checkbox"/> Halifax, N.E.
		<input type="checkbox"/> Sudbury, Ont.	<input type="checkbox"/> Winnipeg, Man.
		<input type="checkbox"/> Windsor, Ont.	<input type="checkbox"/> Autre

3. VEUILLEZ SPÉCIFIER LA RAISON DE VOTRE DEMANDE DE RÉVISION D'EXAMEN.

- [A] Des circonstances en dehors de votre contrôle vous ont empêché de vous présenter à l'examen.
- [B] Des conditions perturbatrices pendant l'examen ont influencé négativement votre rendement à l'examen.
- [C] Vous avez subi une situation médicale inattendue (blessure ou maladie) qui a influencé négativement votre rendement à l'examen.

4. VEUILLEZ DÉCRIRE DE MANIÈRE DÉTAILLÉE LA RAISON DE VOTRE DEMANDE DE RÉVISION, COMME INDIQUÉ À LA SECTION 3. SI VOUS AVEZ BESOIN DE PLUS D'ESPACE, VEUILLEZ JOINDRE UNE AUTRE FEUILLE QUE VOUS IDENTIFIEREZ EN CONSÉQUENCE. VEUILLEZ JOINDRE ÉGALEMENT TOUT AUTRE DOCUMENT JUSTIFICATIF.

5. VEUILLEZ SPÉCIFIER PLUS BAS SI VOUS AVEZ JOINT LES FRAIS DE DEMANDE DE RÉVISION DE 100 \$.

SI VOTRE CONTESTATION EST ACCEPTÉE POUR LES RAISONS [A], [B] OU [C] MENTIONNÉES À LA SECTION 3, LES FRAIS D'EXAMEN (SAUF LES FRAIS OBLIGATOIRES ET NON REMBOURSABLES DE TRAITEMENT DE LA DEMANDE D'EXAMEN QUI SONT DE 125 \$) PEUVENT VOUS ÊTRE REMBOURSÉS. VEUILLEZ SPÉCIFIER PLUS BAS SI VOUS AIMERIEZ RECEVOIR LE REMBOURSEMENT DE VOS FRAIS D'EXAMEN DANS LE CAS OÙ VOTRE CONTESTATION SERAIT ACCEPTÉE ET LE MODE DE REMBOURSEMENT.

J'ai joint les frais de demande de révision d'examen de 100 \$.

<input type="checkbox"/> Cheque	<input type="checkbox"/> Mandat poste
---------------------------------	---------------------------------------

MasterCard VISA Numéro de carte de crédit: _____

Signature du détenteur de la carte: _____ Date d'expiration: _____

Veillez noter que:

Toute information fournie dans ce formulaire et dans toute documentation connexe sera examinée par l'administration d'Échographie Canada, le comité d'agrément désigné par Échographie Canada, le conseil d'administration d'Échographie Canada et le surveillant d'examen.

Échographie Canada se réserve le droit de demander des renseignements ou des documents supplémentaires si ceux-ci sont nécessaires dans le traitement de votre demande de révision. Ces renseignements ou documents peuvent être demandés au candidat, au surveillant d'examen, au centre d'examen ou au fournisseur des tests en ligne.

Vous devez vous assurer que vos coordonnées sont exactes et à jour.

Échographie Canada examinera votre demande et rendra une décision dans les trente jours ouvrables suivant la réception de toutes les informations nécessaires pour la révision. Vous recevrez une lettre recommandée faisant état de la décision rendue à l'égard de votre demande de révision.

6. RECONNAISSANCE ET PROTOCOLE D'ENTENTE

<input type="checkbox"/>	J'atteste par la présente que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, complets et exacts.
<input type="checkbox"/>	J'ai été mis au courant des exigences pour l'obtention des titres de compétence et j'accepte de respecter les règlements du processus d'examen comme indiqués par Échographie Canada. J'ai lu et je comprends toutes les conditions comprises dans le présent Guide d'examen d'Échographie Canada publiés sur le site Web d'Échographie Canada. Je suis totalement d'accord, et j'accepte de respecter toutes les conditions énoncées.. Je comprends qu'Échographie Canada se réserve le droit de refuser ma demande; de révoquer mon admission comme candidat; ou de prendre des mesures contre moi en ma capacité en tant que détenteur de permis si les documents que je fournis s'avèrent être frauduleux ou une déformation des faits.
<input type="checkbox"/>	J'ai lu et je comprends la Politique de confidentialité d'Échographie Canada et je suis d'accord avec la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels aux fins de traitement de cette demande.

<input type="checkbox"/>	<p>Je reconnais et accepte que, tandis qu'Échographie Canada prend des mesures raisonnables pour assurer l'exactitude et l'intégralité de ses renseignements, ressources et rapports, ni Échographie Canada ni ses directeurs, administrateurs, agents et employés ne seront tenus responsables des dommages et pertes résultant d'erreur ou d'omission contenue dans la présente et qu'Échographie Canada ne sera pas responsable des dommages ou pertes (y compris, mais sans s'y limiter, les dommages de nature personnelle, professionnelle ou financière) causés par moi et résultant de toute décision relative à cette demande de révision faite par Échographie Canada ou en son nom ou au nom de ses directeurs, administrateurs, agents et employés.</p> <p>En demandant cette révision, je consens à ne pas intenter une action ou à prendre d'autres mesures contre Échographie Canada ou ses directeurs, administrateurs, agents et employés, en raison d'un acte fait de bonne foi lié à cette demande de révision, y compris des erreurs, des omissions, une négligence ou un manquement à cet égard.</p> <p>Je conviens également d'indemniser et d'exonérer Échographie Canada et chacun de ses directeurs, administrateurs, agents et employés (les parties indemnisées), de manière absolue et pour toujours, quant à toute réclamation, action, dommage, poursuite, instance, obligations, coûts, frais, charges, et toute autre dépense, y compris les honoraires et dépenses juridiques raisonnables (la « réclamation » dans son ensemble), qui peuvent être formulés contre une partie indemnisée en relation avec les renseignements fournis à une partie indemnisée par moi en vertu du présent document et quant à toute erreur, omission ou inexactitude en vertu des présentes.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Je comprends qu'Échographie Canada fournit aux programmes d'échographistes autorisés de Agrément Canada (AC) des rapports statistiques sur la réussite en fin de formation.</p> <p>Notez : ces rapports ne contiennent PAS le nom des candidats.</p>

Date: _____ **Signature:** _____

COURRIER ÉLECTRONIQUE OU FAXER L'APPEL COMPLÉTÉ, LE PAIEMENT DES FRAIS ET LES PIÈCES JUSTIFICATIVES REQUISES À:

<p>EXAMINFO@SONOGRAPHYCANADA.CA</p> <p>FAX: 1-888-743-2952</p>

<p>RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'ADMINISTRATION</p>	
<p>Date de réception :</p>	<p>_____ / _____ / _____ Jour / Mois / Année</p>
<p>Actions (Rapport par date et action) :</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Date de révisions :</p>	<p>_____</p>
<p>Décision :</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Date où l'avis a été envoyé au candidat:</p>	<p>_____</p>