Formulaire d'inscription à l'examen de certification SCSLM

**Renseignements personnels :**

🞎 Mlle 🞎 Mme 🞎 M. No SCSLM :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de famille (en lettres moulées ci-dessus) Prénom Initiale du 2e prénom

Adresse Ville Province Code postal

Téléphone (domicile) Téléphone (bureau)

Télécopieur Courriel

|  |  |
| --- | --- |
| **Type d’examen :** (🗹 cochez ci-dessous) | **Session d’examen :** (🗹 cochez ci-dessous) |
| 🞏 TLM générale | 🞏 juin 2019 |
| 🞏 Génétique clinique | 🞏 octobre 2019 |
| 🞏 Cytologie diagnostique | 🞏 février 2020 |
| 🞏 ALM |  |

**Veuillez remplir tous les renseignements suivants :**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. J’accepte de respecter les conditions établies dans le Guide d’examen (politiques, procédures et conditions d’admissibilité). | 🞏 Oui 🞏 Non |
| 1. De quelle façon préféreriez-vous que votre nom soit inscrit sur votre certificat? |  |
| 1. Langue d’examen | 🞏 français 🞏 anglais |
| 1. Formation dans un programme canadien agréé? | 🞏 Oui 🞏 Non |
| 1. Si vous avez répondu Oui à la question 4, quel est le nom de votre établissement d’enseignement canadien agréé? |  |
| 1. Si vous avez répondu Non à la question 4, êtes-vous candidat(e) à l’évaluation des connaissances acquises (ECA) de la SCSLM? | 🞏 Oui 🞏 Non |
| 1. Dans quelle province préféreriez-vous passer l’examen? |  |
| 1. Veuillez inclure mon nom dans la liste de membres récemment certifiés publiée dans le journal JCSLM. | 🞏 Oui 🞏 Non |
| 1. Je comprends que si j’ai besoin d’aménagements spéciaux, je dois contacter le bureau de la SCSLM avant de compléter l’inscription. J’accepte que si je ne parviens pas à faire ceci, ma demande d’aménagements spéciaux sera refusée. | 🞏 Oui 🞏 Non |
| 1. Je comprends que si j’annule mon examen moins de quatorze (14) jours avant la date d’examen, je ne recevrai pas de remboursement. | 🞏 Oui 🞏 Non |
| 1. Je comprends que le nom indiqué sur ma pièce d’identité avec photo, émise par le gouvernement, doit être identique au nom indiqué sur la demande d’examen. Si le nom n’est pas pareil, j’accepte que je ne serai pas admis(e) dans le centre d’examen et je ne recevrai pas de remboursement. | 🞏 Oui 🞏 Non |
| 1. Je comprends que ma pièce d’identité avec photo, émise par le gouvernement, doit être valide et courante. Si elle est invalide ou périmée, j’accepte que je ne serai pas admis(e) dans le centre d’examen et je ne recevrai pas de remboursement. | 🞏 Oui 🞏 Non |

**Frais d’examen pour juin 2019, octobre 2019, février 2020**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Discipline/Session d’examen :** | **Résident(e) du Canada** | | **Non-résident(e) du Canada** | |
| **Membre** | **Non-membre** | **Membre** | **Non-membre** |
| **TLM générale** | | | | |
| **Avant** la date limite précoce | 870 $ | 1 150 $ | 1 800 $ | |
| **Après** la date limite précoce | 1 030 $ | 1 365 $ | 1 960 $ | 2 015 $ |
| **Génétique clinique / Cytologie diagnostique** | |  |  | |
| **Avant** la date limite précoce | 1 035 $ | 1 415 $ | 2 160 $ | |
| **Après** la date limite précoce | 1 195 $ | 1 630 $ | 2 320 $ | 2 375 $ |
| **Adjoint de laboratoire médical** |  |  |  | |
| **Avant** la date limite précoce | 190 $ | 255 $ | s.o. | |
| **Après** la date limite précoce | 290 $ | 390 $ | s.o. | s.o. |

**Déclaration du (de la) candidat(e) :**

En signant cette déclaration :

* Je déclare que les informations susmentionnées sont exactes et je propose par la présente ma candidature à l’examen de certification de la SCSLM.
* Je comprends que l’acceptation finale à l’examen de certification signifie que j’ai satisfait à toutes les conditions d’admissibilité.
* Je comprends qu’une portion des frais d’examen est non remboursable.
* Je comprends que le coût d’un certificat n’est pas compris dans les frais d’examen.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | |  |  | |
| Nom (en lettres moulées) |  | Signature | | |  | Date | |
| 🞎 Chèque 🞎 MasterCard 🞎 Visa 🞎 AMEX | | | **Total des frais versés :** | **RÉSERVÉ À LA SCSLM** | | | | |
| Nom sur la carte : | | |  | Date de réception : | | | Date de traitement : | |
| No de carte de crédit : | | |
| Date d’expiration : | | |
| Les paiements doivent se faire en dollars canadiens. Si vous êtes à l’extérieur du Canada, vous devez payer par carte de crédit seulement; nous acceptons VISA, MasterCard ou American Express. On n’acceptera pas de mandats ou de traites bancaires et ces paiements vous seront retournés avec votre demande. | | | | | | | | |

Société canadienne de science de laboratoire médical

Adresse : 33 Wellington St N, Hamilton (Ontario) L8R 1M7

Tél. : (905) 528-8642 ou (800) 263-8277 Téléc. : (905) 528-4968 Courriel : exam@csmls.org