



## ANNEXE O

### Formulaire de demande d'annulation de l'examen

Le candidat doit obligatoirement remplir le présent formulaire et payer les frais exigés.

#### SECTION A : (À REMPLIR PAR LE CANDIDAT)

*Veillez fournir les renseignements suivants :*

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ No d'immatriculation (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_ Organisme de réglementation

\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Nom

\_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel

\_\_\_\_\_ Date de l'examen \_\_\_\_\_ Lieu de l'examen (s'il y a lieu)

Décrivez le problème de santé dont vous avez été affecté pendant l'examen. *(Veillez fournir des explications détaillées. Ce problème devait être inexistant ou non évident avant le début de l'examen et avoir nui significativement à votre capacité de terminer l'examen.)*

---

---

---

---

---

---

---

---

Par ma signature ci-dessous, je \_\_\_\_\_ confirme que les renseignements fournis dans le présent document sont véridiques. Je consens à ce que l'Alliance des organismes canadiens de réglementation des diététistes recueille, utilise et divulgue mes renseignements personnels dans le cadre du traitement de cette demande.

\_\_\_\_\_ Signature du candidat

\_\_\_\_\_ Date

**SECTION B : (À REMPLIR PAR UN PROFESSIONNEL DES SOINS DE SANTÉ RÉGLEMENTÉ)**

Veillez décrire la nature du problème de santé rapporté par le candidat et expliquer jusqu'à quel point celui-ci peut avoir nui à sa performance pendant l'examen<sup>2</sup>. Veillez fournir les renseignements suivants : date de ce rapport et/ou de l'évaluation du candidat, votre nom, numéro de téléphone, adresse postale ainsi que le nom du candidat. Vous devez transmettre vous-même ce formulaire dûment rempli ainsi que toute documentation connexe directement à l'organisme de réglementation provincial des diététistes concerné.

*Veillez fournir les renseignements suivants :*

\_\_\_\_\_

Date de l'examen

\_\_\_\_\_

Nom du patient

\_\_\_\_\_

Titre professionnel

\_\_\_\_\_

Numéro de permis

\_\_\_\_\_

Prénom

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

Téléphone

\_\_\_\_\_

Courriel

Adresse du bureau \_\_\_\_\_

Description détaillée du problème de santé éprouvé par le candidat qui a réduit significativement sa capacité de terminer l'examen le jour même.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Description du plan de traitement :

\_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

**Cette demande doit être soumise par courriel protégé à l'organisme provincial de réglementation concerné. (*Veillez vous assurer d'utiliser un mot de passe lors de l'envoi des documents par courriel.*) (Ajouter le courriel de l'organisme provincial de réglementation).**

\_\_\_\_\_