

PERSONNEL

voir la page ci-jointe pour les codes

Numéro d'immatriculation

1. Statut d'immatriculation (code)

2. Catégorie d'adhésion ATLMNB (code)

1 jan - 31 déc 2016_ hrs 1 jan - 31 déc 2019_ hrs
1 jan - 31 déc 2017_ hrs 1 jan - 31 déc 2020_ hrs
1 jan - 31 déc 2018_ hrs

Nom : _____

Rue : _____

Ville/prov : _____

Code postal : _____

Tél: _____

Courrier électronique : _____

4. a. Première année de certification SCSLM

b. Membre de la SCSLM O N

c. Statut d'immatriculation (code)

d. Non agréé par la SCSLM O N

e. Souhaitez-vous recevoir votre carte SCSLM par la poste? O N

b. PPP émis (année) Date limite du PPP (année)

c. Province/territoire/état/pays précédent (le cas échéant) de résidence /d'emploi /d'inscription

Numéro d'inscription dans la région administrative précédente _____

d. Autre immatriculation provinciale en 2017 (préciser la prov.) : _____

3. Année de la première inscription au N.-B.

5. Sexe F M

6. Année de naissance

7. Je préfère recevoir ma correspondance en français ou en anglais

8. Je peux offrir mes services dans la ou les langue(s) suivante(s) (code) & Si 99, préciser quelle(s) langue(s) _____

9A. Formation en technologie du laboratoire médical SEULEMENT						9B. Autre formation SEULEMENT (seule la formation terminée)				
Niveau	Sujet (code)	L'Institut de formation (code)	Diplôme (année)	Province (code)	À/Après l'arrivée sur le marché du travail	Niveau (code)	Discipline /faculté (code)	L'Institut de formation	Diplôme (année)	Province (code)
TI Général		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> À l'arrivée <input type="checkbox"/> Après l'arrivée	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sujet TI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> À l'arrivée <input type="checkbox"/> Après l'arrivée	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
BscTLM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> À l'arrivée <input type="checkbox"/> Après l'arrivée	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
TIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> À l'arrivée <input type="checkbox"/> Après	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diplôme en TLM seulement		<input type="text" value="06"/> <input type="text" value="13"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> À l'arrivée <input type="checkbox"/> Après l'arrivée	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

10. Profil de perfectionnement professionnel

Accréditations et spécialisations				Domaine(s) d'expérience	Domaine(s) d'intérêt particulier (code)
Domaine(s) de formation	# d'heures	Province (code)	Diplôme (année)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11. a. J'ai participé à un programme de passerelle, un programme de réadmission à la profession ou un cours de recyclage O N

b. Année Province (code)

12. Nombre d'années de travail en TLM au total

13. Nombre d'années de travail en TLM au N.-B. au total

14. Si vous ne travaillez pas en TLM, cherchez-vous un emploi? O N

15. Assurance responsabilité professionnelle :
 Personel Employeur Personnel et Ne s'applique pas Employeur

16. Première province ou premier territoire d'emploi canadien en TLM
Province (code) Année

17. Statut d'emploi actuel, si vous n'êtes pas employé comme TLM

Année d'immatriculation

Association des technologistes de laboratoire médical du Nouveau-Brunswick
 CP 30085, RPO Prospect Plaza
 Fredericton, NB E3B 0H8
 Tel: (506) 855-0547

Formulaire d'inscription

Numéro d'immatriculation

18. EMPLOI : VEUILLEZ S'IL VOUS PLAÎT REMPLIR LE PROFIL D'EMPLOI A COMPTER DE LA DATE D'AGREMENT

EMPLOI 1: A. Employé(e) en TLM? O N B. Statut d'emploi (code) C. Date d'entrée en fonction année mois

D. Établissement/organisme/entreprise _____

E. Rue _____ Ville/village _____

Code postal _____ Province

Tél: _____ Téléco.: _____

Je travaille à différents endroits pour cet employeur

Je participe à des programmes de formation clinique/précepteur

F. Rôle (code)	G. Lieu de service (code)	H. Langue de service (code)	I. Domaine de travail (code) Section du laboratoire assigné par l'employeur	J. Moyenne d'heures de travail par Semaine Si Occasionel=0
<input type="text"/> <input type="text"/> 01	<input type="text"/> <input type="text"/> Si 99, préciser: _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> et <input type="text"/> <input type="text"/> et <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Si 99, préciser: _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> et <input type="text"/> <input type="text"/> et <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Si 99, préciser: _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> et <input type="text"/> <input type="text"/> et <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

EMPLOI 2: A. Employé(e) en TLM? O N B. Statut d'emploi (code) C. Date d'entrée en fonction année mois

D. Établissement/organisme/entreprise _____

E. Rue _____ Ville/village _____

Code postal _____ Province

Tél: _____ Téléco.: _____

Je travaille à différents endroits pour cet employeur

Je participe à des programmes de formation clinique/précepteur

F. Rôle (code)	G. Lieu de service (code)	H. Langue de service (code)	I. Domaine de travail (code)	J. Moyenne d'heures de travail par semaine
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Si 99, préciser: _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> et <input type="text"/> <input type="text"/> et <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Si 99, préciser: _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> et <input type="text"/> <input type="text"/> et <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Si 99, préciser: _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> et <input type="text"/> <input type="text"/> et <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

En signant le présent formulaire d'immatriculation, j'accepte de me soumettre et de respecter les modalités de la *Loi des technologistes de laboratoire* du Nouveau-Brunswick, les règlements administratif et les règles de l'Association des technologistes de laboratoire médical du Nouveau-Brunswick.

Signature: _____ **Cotisations payées :** _____ **Date:** _____

Cheque prélèvements sur le traitement Vérifiez en ligne pour autres options de paiement : www.nbsmlt.nb.ca dans la section pour les membres

Je comprends qu'en soumettant mes renseignements personnels ci-haut, je suis d'accord qu'en m'enregistrer avec mon association de réglementation de la santé, le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick et mon association auront accès. Je comprends qu'ils vont utiliser cette information uniquement pour me fournir des informations pertinentes à mon emploi.

Année
d'immatriculation

Association des technologistes de laboratoire médical du Nouveau-Brunswick
CP 30085, RPO Prospect Plaza
Fredericton, NB E3B 0H8
Tel: (506) 855-0547

Formulaire d'inscription

Pour l'usage du bureau:

Date reçue _____

Montant _____
