

Année d'immatriculation

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

Formulaire d'inscription

**PERSONNEL**

voir la page ci-jointe pour les codes

Numéro d'immatriculation

1. Statut d'immatriculation (code)

2. Catégorie d'adhésion ATLMNB (code)

**a. Exigence requise = Veuillez indiquer le nombre d'heures travaillées nécessaires:**

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

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.

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

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="text"/> <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"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <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="text"/> <input type="text"/> <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"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <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="text"/> <input type="text"/> <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"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <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="text"/> <input type="text"/> <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"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Diplôme en TLM seulement		<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="checkbox"/> À l'arrivée <input type="checkbox"/> Après l'arrivée	<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"/>

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"/>	<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"/> <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)	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"/>

**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 administratifs 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](http://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.

Pour l'usage du bureau: Date reçue \_\_\_\_\_ Montant \_\_\_\_\_