

Examen de certification clinique d'OAC Formulaire d'autorisation de divulgation

Je, _____, consens à ce que :
S'il vous plaît écrire votre nom

Orthophonie et Audiologie Canada (OAC)

divulgue les renseignements suivants

pour l'examen de certification clinique d'OAC du _____ :
Date de l'examen

résultats de l'examen de certification clinique d'OAC.

à :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ACSLPA
bureau 209
3132 rue Parsons
Edmonton AB T6N 1L6 | <input type="checkbox"/> AOANB
147, av. Ellerdale
Moncton NB E1A 3M8 | <input type="checkbox"/> CASLPM
333 rue Vaughan, bureau 1
Winnipeg MB R3B 3J9 |
| <input type="checkbox"/> CSHHPBC
630 - 999 West Broadway
Vancouver BC V5Z 1K5 | <input type="checkbox"/> NLCHP
209 rue Blackmarsh
St. John's NL A1E 1T1 | <input type="checkbox"/> OAOO
bureau 5060
3080 rue Yonge
Toronto ON M4N 3N1 |
| <input type="checkbox"/> OOAQ
bureau 601
235 boul. René-Lévesque Est
Montréal QC H2X 1N8 | <input type="checkbox"/> SASLPA
11-2010 av. 7th
Regina SK S4P 3H1 | |

Demandeurs du CSHHPBC seulement :

confirmation que je me suis inscrit(e) à l'examen de certification clinique d'OAC.

Signature du/de la candidat(e) de l'examen

Date

Veillez renvoyer le formulaire dûment rempli à OAC :

Courriel : certification@sac-oac.ca

Télécopieur : 613.567.2859

Poste : OAC, 1000-1 rue Nicholas, Ottawa, ON K1N 7B7