



CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

All regulated health and social services professionals requesting a Certificate of Standing from the NWT must complete this form. / Tous les professionnels de la santé et des services sociaux réglementés demandant un certificat de compétence des TNO doivent remplir ce formulaire. Fees: / Frais : \$26.00 for each original Certificate of Standing; / 26 \$ pour chaque original du certificat de compétence; \$8.00 for each additional copy of that Certificate of Standing. / 8 \$ pour chaque copie supplémentaire.

To be completed by the professional requesting Certificate of Standing. / À remplir par le professionnel demandant un certificat de compétence.		
I hereby authorize the Licensing Authority in the NWT to release all information indicated in the attached document and any other information respecting me that you deem relevant for my application for registration/licensing in the jurisdiction shown below. / J'autorise par la présente l'organisme de délivrance des permis à divulguer tous les renseignements inscrits au présent formulaire et toute autre information pertinente me concernant jugée utile à ma demande d'inscription.		
Full Name of Applicant (Please print clearly): / Nom complet du demandeur (en caractères d'imprimerie) :		Profession :
Signature of Applicant: / Signature du demandeur :		Date :
Applicant Mailing Address: / Adresse postale du demandeur :		
Telephone: / Téléphone :	Facsimile: / Télécopieur :	E-Mail: / Courriel :

Licensing Authority where information is to be sent: / Les renseignements doivent être envoyés à l'organisme de délivrance des permis suivant :		
Licensing Authority Mailing Address: / Adresse postale de l'organisme de délivrance des permis :		
Telephone: / Téléphone :	Facsimile: / Télécopieur :	E-Mail: / Courriel :

Complete above and mail with cheque/money order or complete visa authorization for \$26.00 to:

Registrar, Professional Licensing
Government of the Northwest Territories
Department of Health and Social Services
7th Floor, 5015 – 49 ST
Box 1320 Yellowknife, NT X1A 2L9
Phone: (867) 767-9067
Professional_Licensing@gov.nt.ca

Veuillez remplir la section ci-dessus et la poster avec votre paiement de 26 \$ par chèque ou mandat postal, ou encore par Visa ou MasterCard en remplissant le bordereau de paiement ci-dessous :

Registraire de la réglementation professionnelle
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Ministère de la Santé et des Services sociaux
5015, 49^e Rue, 7^e étage
C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9
Téléphone : 867-767-9067
Courriel : Professional_Licensing@gov.nt.ca

I authorize the Registrar to charge my credit card as follows: (Visa or MasterCard accepted) / J'autorise le registraire à porter à ma carte de crédit le montant suivant (Visa ou MasterCard seulement) :

Name on Card: / Nom figurant sur la carte : _____

Card Number: / Numéro de la carte : _____

Card Expiry Date: / Date d'expiration : _____ Security Code: / Code de sécurité : _____

Amount: / Montant : _____

Authorized Signature: / Signature autorisée : _____