



REFERENCE FORM FOR NEWLY GRADUATED PHYSICIANS APPLYING FOR PHYSICIAN REGISTRATION/ LICENSURE IN THE NWT / FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR LES MÉDECINS NOUVELLEMENT DIPLÔMÉS PRÉSENTANT UNE DEMANDE D'INSCRIPTION OU DE PERMIS D'EXERCICE AUX TNO

INSTRUCTIONS FOR REFEREE: Your personal knowledge of this applicant is important in judging suitability for licensure.

Any problems or concerns that you identify below should be explained. Please use the space below or a separate sheet of paper if required.

DIRECTIVES POUR L'AUTEUR DE LA RECOMMANDATION : Votre relation avec ce demandeur est importante pour nous permettre de juger de son aptitude à exercer. Vous devez expliquer tout problème ou toute préoccupation dont vous faites état ci-dessous. Au besoin, veuillez utiliser l'espace ci-dessous ou une feuille séparée.

NAME OF APPLICANT (PLEASE PRINT): / NOM DU DEMANDEUR (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)	EMAIL/E-MAIL
I authorize the referee to disclose to the Medical Registration Committee of the Northwest Territories, information relevant to licensure which would otherwise be confidential and I waive any right of disclosure of the same and agree that communication between the Registrar and the referee shall be privileged. / J'autorise l'auteur de la recommandation à divulguer au comité d'inscription des médecins des Territoires du Nord-Ouest les renseignements pertinents à l'autorisation d'exercer qui seraient sinon confidentiels. Je renonce à tout droit de regard sur ces renseignements et j'accepte que la communication entre le registraire et le répondant soit privilégiée.	
SIGNATURE OF APPLICANT: / SIGNATURE DU DEMANDEUR	DATE

1. **Indicate dates, where, and in what capacity you worked with the applicant. Must be within the last three years:** / Indiquez quand et comment vous avez connu le demandeur. Ces rencontres doivent avoir eu lieu au cours des trois dernières années.

-
- | | YES / OUI | NO / NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. Are you aware of any problems regarding the applicant's physical or mental health or of any alcohol or drug problems? / Avez-vous connaissance de problèmes de santé physique ou mentale du demandeur, ou de problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogue? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Are you aware of any complaints regarding the applicant from either patients or other physicians? / Avez-vous connaissance de plaintes portées contre le demandeur par des patients ou d'autres médecins? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Do you know of any ethical problems the applicant has which relate to medical practice? / Savez-vous si le demandeur connaît des problèmes d'ordre éthique dans ses pratiques médicales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Are you aware of any aspects of the applicant's personality that may cause difficulties in professional interpersonal relationships with patients or other physicians? / Avez-vous connaissance d'aspects de la personnalité du demandeur qui pourraient entraîner des difficultés dans ses relations professionnelles avec les patients ou d'autres médecins? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Is there any reason why you would not consider the applicant to have adequate knowledge, skills, and judgement required to provide for speciality or general practice? / Y a-t-il une raison pour laquelle vous considéreriez que le demandeur ne possède pas les connaissances, les compétences et le discernement adéquats pour offrir des services de médecine familiale ou spécialisée? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Have you any additional information with respect to the applicant's professional or ethical conduct which may affect their application for registration? / Disposez-vous de renseignements supplémentaires au sujet de la conduite professionnelle ou éthique du demandeur qui pourraient influencer sa demande d'inscription? | | |

NAME OF REFEREE: / NOM DE L'AUTEUR DE LA DEMANDE :	SIGNATURE OF REFEREE: / SIGNATURE DE L'AUTEUR DE LA DEMANDE :	DATE:
ADDRESS: / ADRESSE :	EMAIL/E-MAIL	

Please email the completed form to : / Envoyez le formulaire dûment rempli par courriel à : professional_licensing@gov.nt.ca