



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 Fax: (867) 873-0484
 Professional_Licensing@gov.nt.ca

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 Télécopieur : 867-873-0484
 Courriel : Professional_Licensing@gov.nt.ca

Date: _____

To: Physicians who are looking to practice in Nunavut WHO ARE ALREADY LICENSED IN THE N.W.T. /
 À l'intention des médecins souhaitant exercer au Nunavut QUI DÉTIENNENT DÉJÀ UN PERMIS D'EXERCER AUX TNO

**Complete this form and forward to the Registrar, Professional Licensing, Government of the Northwest Territories, fax (867) 873-0484. /
 Veuillez remplir ce formulaire et le renvoyer au registraire de la réglementation professionnelle du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (Télec. : 867-873-0484)**

**AUTHORIZATION TO TRANSFER N.W.T. LICENSING APPLICATION INFORMATION /
 AUTORISATION DE COMMUNIQUER LES RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DEMANDE DE
 PERMIS DÉPOSÉE AUX TNO**

<p>I, _____ (print full first and last name) hereby give consent to the Office of the Registrar, Professional Licensing, Government of the Northwest Territories to release NWT Licensing Application information to the Registrar, Professional Licensing, Government of Nunavut. / Je soussigné(e), _____ (nom complet en caractères d'imprimerie) autorise par la présente le registraire de la réglementation professionnelle du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest à communiquer les renseignements relatifs à la demande de permis que j'ai déposée aux TNO au registraire de la réglementation professionnelle du gouvernement du Nunavut.</p> <p>This will include all documentation, including references and current Certificates of Standing, submitted in support of my application to the N.W.T. / Cette autorisation s'applique à tout document (y compris les références et certificats de compétence) fourni dans le cadre de ma demande déposée aux TNO.</p> <p>I understand that the Nunavut Registrar will contact me directly if further information is required to complete the Nunavut licensing process. / Je comprends que le registraire du Nunavut communiquera directement avec moi si d'autres renseignements sont requis pour la délivrance d'un permis au Nunavut.</p>	
Date:	Signature:
Contact Phone: / Téléphone :	Email: / Courriel :

NOTE: NWT PHYSICIANS ARE NOT REQUIRED TO HAVE NUNAVUT LICENSURE FOR TELE-MEDICINE. / REMARQUE : LES MÉDECINS TÉNOIS N'ONT PAS BESOIN D'UN PERMIS D'EXERCICE DE LA MÉDECINE AU NUNAVUT POUR Y PRATIQUER LA TÉLÉMÉDECINE.
 Only complete the Consent to Release information to Nunavut if planning on travelling to Nunavut to practice. / Il ne faut remplir un formulaire de consentement à la divulgation de renseignements au Nunavut que si vous prévoyez vous rendre au Nunavut en personne.