



## CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION / AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

All dentists requesting a Certificate of Standing from the N.W.T. must complete this form. / Tous les dentistes demandant un certificat de compétence aux Territoires du Nord-Ouest doivent remplir le présent formulaire.

Fees: \$22.00 for each original Certificate of Standing; / Frais : 22 \$ pour chaque original du certificat de compétence;

\$6.00 for each additional copy of that Certificate of Standing. / 6 \$ par copie supplémentaire du certificat de compétence.

<b>To be completed by dentist requesting Certificate of Standing / Partie à remplir par le dentiste qui demande un certificat de compétence</b>		
I hereby authorize the Registrar, Professional Licensing 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 / J'autorise le registraire de la réglementation professionnelle à divulguer les renseignements du présent formulaire et toute autre information pertinente me concernant jugée utile à ma demande d'inscription ou de permis.		
Full Name of Applicant (Please print clearly): / Nom et prénom du demandeur (en caractères d'imprimerie) :		
Signature of Applicant: / Signature du demandeur :		Date:
Applicant Mailing Address: / Adresse postale du demandeur :		
Telephone: / Téléphone :	Facsimile: / Télécopieur :	E-Mail: / Courriel :

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

**Complete above and mail with cheque/money order or complete visa authorization for \$22.00 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 Fax: (867) 873-0484  
Professional\_Licensing@gov.nt.ca

**Veillez remplir la partie ci-dessus et envoyer le formulaire par la poste à l'adresse ci-dessous avec votre paiement de 22 \$ par chèque ou mandat postal, ou encore par Visa ou MasterCard en remplissant le bordereau de paiement plus bas :**

Registraire de la réglementation professionnelle  
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
5015, 49<sup>e</sup> Rue, 7<sup>e</sup> étage  
C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9  
Téléphone : 867-767-9067 Télécopieur : 867-873-0484  
Courriel : Professional\_Licensing@gov.nt.ca

**I authorize the Registrar to charge my Visa/MasterCard credit card as follows: / 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 : \_\_\_\_\_  
Amount: / Montant : \_\_\_\_\_  
Authorized Signature: / Signature autorisée : \_\_\_\_\_



**WILL BE COMPLETED BY THE OFFICE OF THE REGISTRAR /  
PARTIE À REMPLIR PAR LE BUREAU DU REGISTRAIRE DES TNO**

Name of Applicant (continued): / Nom du demandeur :			
The dentist has been issued the following licence(s) by the NWT Dental Licensing Authority: / L'autorité de délivrance des permis d'exercer une profession dentaire aux TNO a accordé au dentiste les permis suivants :			
Type of Licence: / Type de permis :	Licence #:/ Numéro du permis :	Date Issued: / Date de délivrance :	Date Expired/Cancelled: / Date d'expiration ou d'annulation
<b>PLEASE REFER TO ATTACHED. / VOIR LA LISTE CI-JOINTE.</b>			
Has the following speciality qualification(s) which is recognized by this Dental Licensing Authority: / L'autorité de délivrance des permis pour exercer une profession dentaire aux TNO reconnaît également au dentiste les spécialités suivantes :			

Speciality: / Spécialité :	Granted by: / Délivré par :	Date:

	YES / OUI	NO / NON
Does the above named appear in the records of the NWT as ever having been disciplined by the N.W.T. Board of Inquiry due to incompetence, negligence, incapacitation or any form of professional misconduct while licenced in the N.W.T.? / Le demandeur a-t-il déjà reçu un avis disciplinaire émis par la Commission d'enquête des TNO pour raison d'incompétence, de négligence, d'incapacité ou toute forme de faute professionnelle alors qu'il était titulaire d'un permis des TNO?		
<b>Signature of Registrar, Professional Licensing, N.W.T./ Signature du registraire de la réglementation professionnelle des TNO :</b>	<b>Date:</b>	

**WILL BE COMPLETED BY THE DENTAL REVIEW OFFICER OF THE N.W.T. /  
PARTIE À REMPLIR PAR L'AGENT D'EXAMEN EN MÉDECINE DENTAIRE DES TNO**

	YES / OUI	NO / NON
Currently, is the above named dentist the subject of an inquiry or investigation by the Dental Review Officer involving an allegation of professional misconduct, incompetence, incapacitation or any like allegation? / Actuellement, le demandeur fait-il l'objet d'une enquête menée par l'agent d'examen en médecine dentaire concernant une allégation de faute professionnelle, d'incompétence, d'incapacité ou toute autre allégation semblable?		
Currently, is the above named dentist the subject of an inquiry or investigation by an NWT Board of Inquiry involving an allegation of professional misconduct, incompetence, incapacitation or any like allegation? / Actuellement, le demandeur fait-il l'objet d'une enquête menée par la Commission d'enquête des TNO concernant une allégation de faute professionnelle, d'incompétence, d'incapacité ou toute autre allégation semblable?		
<b>Signature of Dental Review Officer, N.W.T.:/ Signature de l'agent d'examen en médecine dentaire des TNO :</b>	<b>Date:</b>	