



## FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION AU REGISTRE DE L'ATLANTIQUE

Je \_\_\_\_\_, actuellement titulaire d'un permis régulier au **Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick**, demande l'inscription au Registre de l'Atlantique. Mon Collège d'origine (étant le Collège de la province de l'Atlantique où je détiens un permis annuel d'exercice de la médecine et l'emplacement habituel ma pratique) est celui du **Nouveau-Brunswick**.

***Veillez prendre note que suite de votre inscription au Registre de l'Atlantique, vous ne pourrez exercer la médecine à l'extérieur de votre province d'origine qu'après avoir obtenu un permis de chaque province de l'Atlantique.***

### **Autorités de délivrance des permis de l'Atlantique faisant parties de la présente entente :**

- Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick
- College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador
- College of Physicians & Surgeons of Nova Scotia
- College of Physicians & Surgeons of Prince Edward Island

### **Critères d'admissibilité :**

- Détenir un permis régulier avec le Collège d'origine;
- Ne pas être assujetti(e) à une sanction liée au permis énumérée ci-dessous :
  - La révocation de l'enregistrement ou du permis;
  - La suspension du permis; ou
  - L'imposition de restrictions ou de conditions à un permis, y compris les conditions ou restrictions convenues par un médecin dans une entente ou dans un engagement.
- Ne pas faire l'objet d'une plainte ouverte qui a été renvoyée à un comité disciplinaire ou à un tribunal et pour laquelle une décision est attendue ;
- Ne pas faire l'objet d'une surveillance, d'une évaluation de la qualité ou d'un examen de l'aptitude à exercer en raison d'une préoccupation concernant la santé du médecin ou de sa compétence à exercer la médecine; et
- N'avoir aucun autre problème grave, tel qu'identifié par le Registraire.

### **Responsabilités du médecin :**

- Je serai responsable d'obtenir les qualifications et les privilèges appropriés auprès des régies de la santé compétentes de chaque province où j'exercerai.
- Je serai responsable d'avoir une couverture d'assurance appropriée de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) dans chaque province où j'exerce.
- Je dois devenir membre de l'association des professionnels des médecins telle que définie par chaque province.
- Je respecterai les exigences de perfectionnement professionnel continu, de l'actualisation des pratiques et des programmes d'assurance de la qualité exigés par mon Collège d'origine.
- Je respecterai toutes les autres politiques, normes et directives du Collège, ainsi que les règlements administratifs et les lois provinciales dans la province où j'exerce.

### **Plaintes :**

Je reconnais que toute plainte déposée contre moi après avoir obtenu un permis dans le Registre de l'Atlantique sera jugée dans la province où la rencontre avec le patient a eu lieu. Je reconnais que cette information sera communiquée à tout Collège de l'Atlantique.

### **Renouvellement de permis :**

Je reconnais que je dois effectuer le renouvellement annuel de mon permis avec mon Collège d'origine, et le résultat de mon renouvellement sera communiqué à tout Collège de l'Atlantique. Les détails fournis dans le renouvellement annuel de mon permis peuvent être communiqués à tout Collège de l'Atlantique. En renouvelant mon permis auprès de mon Collège d'origine, je resterai sur le Registre de l'Atlantique à moins que je ne demande d'en être retiré ou que je ne réponde plus aux exigences du Registre.

### **Droits :**

Je reconnais que je dois payer des droits lors de mon inscription initiale au Registre de l'Atlantique et annuellement dans le cadre du renouvellement de mon permis, en plus de tout autre droit de permis annuel.



**Retrait du registre :**

Je comprends que je peux être radié(e) du Registre de l'Atlantique si l'une des conditions suivantes se produit à un moment donné :

- Je me retire par un avis écrit à mon Collège d'origine;
- Mon lieu de pratique habituel n'est plus dans les régions régies par les Collèges de l'Atlantique;
- Je ne réponds pas aux exigences relatives au permis régulier ou au renouvellement du permis régulier de mon Collège d'origine;
- Je ne satisfais plus aux exigences énoncées dans les critères d'admissibilité ci-dessus; ou
- Un Collège de l'Atlantique identifie un problème de conduite, de capacité ou de compétence qui me rend inéligible pour participer au Registre de l'Atlantique.

**Partage de données :**

Je reconnais qu'en m'inscrivant au Registre de l'Atlantique, les données suivantes, lorsqu'elles sont disponibles, seront fournies à tout Collège de l'Atlantique et je consens à la divulgation de ces renseignements :

- Nom et adresses
- Numéro d'enregistrement/de permis
- Adresse e-mail
- Date de naissance
- Genre
- Numéro d'identification médicale pour le Canada (MINC)
- Autorisation de travailler au Canada
- Diplôme, faculté de médecine et année d'obtention du diplôme
- Titres de compétences en médecine et/ou formation postdoctorale
- Numéro de membre de l'ACPM

Je reconnais qu'en m'inscrivant au Registre de l'Atlantique, les renseignements suivants peuvent être partagés entre tout Collège de l'Atlantique à tout moment pendant que je suis sur le Registre de l'Atlantique et je consens à la divulgation de ces renseignements à tout moment pendant que je suis sur le Registre de l'Atlantique :

- La date et les détails de:
  - Toute décision relative à une plainte;
  - Les engagements;
  - Les restrictions ou l'annulation des privilèges hospitaliers connus du Collège;
  - Plaintes ouvertes; ou
  - Les antécédents professionnels connus en matière de litige, y compris les règlements, les décisions de poursuites civiles et les Exposé d'allégations.
- Tout autre renseignement, qui peut être pertinent aux fins de la délivrance de permis, de l'inscription, des privilèges, de l'accréditation, de l'éducation ou de la prise de décision en matière d'embauche, tel que déterminé par le Registraire, ce qui comprend, sans toutefois s'y limiter :
  - Les décisions du comité des plaintes et de l'immatriculation
  - Les résultats des évaluations (autres que les programmes d'assurance de qualité)
  - Les préoccupations relatives à la conformité (p. ex. non-conformité au perfectionnement professionnel continu ou aux engagements)
  - les préoccupations antérieures en matière de parrainage ou de supervision.

***En plus des informations susmentionnées, toute information que le Registraire juge pertinente pour les Collèges d'accueil, y compris l'information sur la conduite éthique, la compétence ou la capacité du médecin.***

Je reconnais que de nouveaux renseignements, tels que susmentionnés, seront fournis au Collèges de l'Atlantique à tout moment pendant que je suis inscrit au Registre de l'Atlantique. Je comprends et reconnais que je peux être radié du Registre de l'Atlantique à tout moment s'il y a des problèmes documentés de capacité, de compétence ou de moralité dans une province de l'Atlantique.

Je reconnais que je n'exercerai pas la médecine dans une autre province de l'Atlantique, dans le cadre de cette entente, tant que le Collège de cette province ne m'aura pas délivré un permis.

**Par la présente, je reconnais que j'ai lu et que j'accepte les modalités et conditions du Registre de l'Atlantique décrites ci-dessus ainsi que les déclarations et consentements ci-joints.**

Je suis :  **Citoyen Canadien**      ou       **Résident Permanent**      ou       **Détenteur d'un permis de travail**

Nom : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Numéro de licence du CMCNB : \_\_\_\_\_

Date (MM/JJ/AAAA) : \_\_\_\_\_

*Une fois remplis et signés, veuillez envoyer votre formulaire d'adhésion et vos consentements par courriel à [registration@cpsnb.org](mailto:registration@cpsnb.org) avec comme objet « **Registre de l'Atlantique** ». Veuillez attendre la confirmation de votre admissibilité avant d'envoyer les frais d'adhésion.*



120 Torbay Road, Suite W100  
St. John's, NL A1A 2G8  
T: (709) 726-8546  
F: (709) 726-4725  
E: cpsnl@cpsnl.ca

## Declaration and Consent

I understand that it is my responsibility to be familiar with and abide by the College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador's (College) Standards of Practice and Practice Guidelines available at <https://cpsnl.ca/standards-guidelines/> when practicing medicine in NL.

I understand that the *Medical Act, 2011*, requires all licensed physicians to hold membership with the Newfoundland and Labrador Medical Association (NLMA) within 30 days of the issuance of my licence to practise medicine. I hereby provide consent for the College to share my contact information (name and email address) with the NLMA for the purpose of allowing the NLMA to initiate the process of becoming a member.

I understand that the College may seek to verify any information related to my application and authorize the College to do so as deemed necessary.

I declare that the information provided in my application is accurate and complete and I understand that I must immediately notify the College of any changes to the information provided.

Name: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



COLLEGE OF  
PHYSICIANS & SURGEONS  
OF NOVA SCOTIA

**Registration Department**

Suite 400 - 175 Western Parkway

Bedford, Nova Scotia

Canada B4B 0V1

Phone: (902) 422-5823 Toll-free: 1-877-282-7767

Fax: (902) 422-5035

[registration@cpsns.ns.ca](mailto:registration@cpsns.ns.ca)

[www.cpsns.ns.ca](http://www.cpsns.ns.ca)

## Declaration and Consent

In submitting this application, I understand that it is my responsibility to be familiar with and abide by the provisions of the College's policies and guidelines, available at [www.cpsns.ns.ca](http://www.cpsns.ns.ca).

I accept the [College's Privacy Policy](#) and agree to the College's use and disclosure of my personal information for the purposes set out in Part 2 of that Policy.

I understand that my responsibilities include a duty to provide my patients with reasonable access to their medical chart should I, for any reason, be absent from or leave my practice.

I confirm that I will immediately report to the College should anything occur while licensed that impacts my current capacity, competence, and character to safely and ethically practise medicine.

I accept that any information provided by me to the College may be used by the College for any regulatory purpose and shared by the College with stakeholders, including, but not limited to, the Canadian Medical Association, Dalhousie University, relevant Nova Scotia government departments and health authorities, the Medical Services Insurance Program (MSI), Doctors Nova Scotia, the Medical Identification Number for Canada (MINC), and other medical regulatory authorities. I understand that the College may seek to verify any of the information related to this application, and in so doing may seek information from other medical regulatory authorities or other institutions or persons. I hereby consent to the College doing so.

I accept the terms and conditions above.

Name:

Signature:

Date:

# The College of Physicians and Surgeons of Prince Edward Island

14 Paramount Dr.  
Charlottetown, PE  
Canada C1E 0C7  
**Phone:** (902)566-3861  
**Fax:** (902) 566-3986  
[www.cpspei.ca](http://www.cpspei.ca)

---

## Atlantic Registry - Declaration and Consent

I, \_\_\_\_\_, understand that it is my responsibility to be familiar with and abide by the provisions of the College of Physicians and Surgeons of Prince Edward Island's (the College) policies, guidelines, and the applicable PEI legislation, available at <https://www.cpspei.ca/policies/>.

I accept that the below information, provided to the College, may be shared by the College to the Medical Society of PEI, Health PEI, PEI Medicare, and/or the PEI Health Recruitment and Retention team.

- E-mail address

I understand that the below information is able to be shared as determined by the Regulated Health Professions Act of PEI:

- Surname
- Given name(s)
- Practice address, phone number, fax number
- Qualifications
- Registration number, type, and status
- Registration history

I understand that the College may seek to verify any information related to this application, from other medical regulatory authorities, other institutions, or persons, and authorize the College to do so as deemed necessary.

---

Signature

---

Date