

Confirmation d'obtention de diplôme

Directives

Section 1 — à remplir par les demandeurs de l'Examen des connaissances communes à toutes les spécialités dentaires du BNED.

Remplir la section 1 du formulaire ci-joint et faire parvenir au bureau du registraire/doyen de l'université où vous avez obtenu votre diplôme en spécialité dentaire. Ne pas remplir la section 2 du formulaire, car elle doit être remplie par une autorité de l'université qui apparaît sur votre diplôme final de spécialité dentaire. Les formulaires remplis par un collège affilié ne seront pas acceptés.

Section 2 — à remplir par le doyen, le registraire, ou le vérificateur des examens de la faculté.

La personne mentionnée dans la section 1 a fait une demande d'inscription pour participer à l'Examen des connaissances communes à toutes les spécialités dentaires du Bureau national d'examen dentaire du Canada (BNED) et demande qu'une confirmation d'obtention de son diplôme soit envoyée directement au BNED.

Remplir correctement la section 2 de ce formulaire et envoyer le formulaire original dans une enveloppe scellée directement au BNED, 80 rue Elgin, 2^e étage, Ottawa, Ontario, Canada K1P 6R2. Les formulaires doivent clairement être envoyés directement de l'université.

Formulaire de confirmation d'obtention de diplôme

Section 1 : à remplir par les demandeurs de l'Examen des connaissances communes à toutes les spécialités dentaires du BNED.

Nom(s) de famille :

Prénom(s) :

Nom de famille précédent :

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Numéro d'identification étudiant à l'établissement d'enseignement (si nécessaire) :

J'autorise la divulgation de mes renseignements scolaires au Bureau national d'examen dentaire du Canada (BNED) en vue de participer à l'Examen des connaissances communes à toutes les spécialités dentaires du BNED.

Signature du demandeur

Date

Section 2 : à remplir par le doyen, le registraire, ou le vérificateur des examens de l'université et retourner le formulaire original dans une enveloppe scellée directement au **BNED, 80 rue Elgin, 2^e étage, Ottawa, Ontario, Canada K1P 6R2. Les demandeurs ne peuvent pas remplir cette section.**

Je certifie, par la présente, que la personne mentionnée ci-dessus a étudié à

(nom de l'établissement)

Date du début du programme JJ/MM/AAAA

Date de la fin du programme JJ/MM/AAAA

Nom du diplôme décerné
(Diplôme de spécialité dentaire)

Date de délivrance/octroi/remise du diplôme JJ/MM/AAAA

Confirmation

Je confirme être autorisé par l'université susmentionnée d'authentifier que les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques et exacts.

Nom du doyen, du registraire, ou du vérificateur des examens :	Titre : (Doyen, registraire, ou vérificateur des examens)
Adresse de l'université :	Téléphone :
	Fax :
	Adresse courriel de l'université :

Signature du doyen, du registraire, ou du vérificateur des examens :

Date

Représentant officiel
Sceau
de l'Université

Ce formulaire doit être envoyé au bureau du BNED directement de l'université. Veuillez consulter les directives pour plus de détails.