

Examen des connaissances communes à toutes les spécialités dentaires

Formulaire de demande d'inscription



BNED
80 rue Elgin
2^e étage
Ottawa, Ontario
Canada K1P 6R2

Pour les diplômés de programmes de spécialité dentaires non agréés

Veillez taper ou inscrire l'information exactement comme elle doit apparaître sur tous les documents du BNED.

Toute fausse déclaration intentionnelle faite dans ce document pourrait entraîner le rejet de la demande d'inscription, l'annulation de l'admissibilité à l'examen, ou l'annulation des résultats affichés antérieurement.

Spécialité dentaire (sélectionner une spécialité)

Santé dentaire publique	<input type="checkbox"/>
Endodontie	<input type="checkbox"/>
Radiologie buccale et maxillo-faciale	<input type="checkbox"/>
Chirurgie buccale et maxillo-faciale	<input type="checkbox"/>
Médecine buccale/pathologie buccale	<input type="checkbox"/>
Orthodontie	<input type="checkbox"/>
Dentisterie pédiatrique	<input type="checkbox"/>
Parodontie	<input type="checkbox"/>
Prosthodontie	<input type="checkbox"/>

Information personnelle

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Adresse _____
municipale : _____

Ville : _____ Province/état : _____

Code postal : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Mobile : _____

Participez-vous au Processus Oui Non

d'équivalence du BNED?

Si oui, indiquez votre identifiant du BNED _____

Toute correspondance, y compris les résultats, sera envoyée par la poste. Si vous ne souhaitez pas recevoir vos résultats d'examen par la poste, veuillez aviser notre bureau par écrit.

Choisissez la langue de votre choix.

Langue de correspondance Anglais Français

Langue d'examen Anglais Français

Les demandes de changement de langue d'examen doivent être reçues avant la date limite de l'inscription à l'examen.

Éducation dentaire

Indiquez la date de début du programme et la date d'obtention du diplôme pour tous les programmes en dentisterie et en spécialité dentaire.

Université	Nom du programme (BDS/DDS/maîtrise)	Date du début du programme jj/mm/aa	Date d'obtention du diplôme jj/mm/aa

Déclaration

Par la présente, je fais une demande d'inscription pour suivre l'Examen des connaissances communes à toutes les spécialités dentaires du Bureau national d'examen dentaire du Canada (BNED) en conformité et sous réserve de ses Règlements.

J'atteste que la déclaration et l'information ci-dessus fournies dans cette demande d'inscription sont vraies et j'autorise toutes les vérifications nécessaires. J'autorise le BNED à divulguer mes résultats aux universités qui offrent des programmes d'évaluation et de formation en spécialité dentaire.

Je comprends et accepte que le nombre de places est très limité dans les programmes d'évaluation et de formation en spécialité dentaire et que l'acceptation à un de ses programmes n'est pas garantie.

Je comprends que ma demande d'inscription ne sera pas acceptée si la documentation exigée est incomplète.

J'autorise le BNED à vérifier l'authenticité de toute la documentation, en vue participer à l'Examen des connaissances communes à toutes les spécialités dentaires.

Signature du
demandeur

Date

.....

.....