**DEMANDE DE SERVICES DE RÉVISION MANUELLE**

**BUREAU NATIONAL DE LA CERTIFICATION CANDIDAT(E)S N’AYANT PAS RÉUSSI**

**EN HYGIÈNE DENTAIRE L'EXAMEN**

***Veuillez DACTYLOGRAPHIER ou ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES. Tout formulaire incomplet pourra donner lieu à des retards de traitement. Tous les renseignements fournis resteront strictement confidentiels.***

**RÉVISION DES RÉSULTATS OBTENUS, PAR L’AGENCE D’ÉVALUATION,**

|  |  |
| --- | --- |
| **A** | **RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX** |

***Information sur le/la candidat(e)* :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | **No D’IDENTITÉ DU (DELA) CANDIDAT(E)** |  | **DATE DE L’EXAMEN**: |  |
|  | **CENTRE D'EXAMEN** |  |  |
|  |  | (VILLE) | (CODE ou LIEU) |
| 2. | NOM: |  |  |
|  |  | (NOM) | (PRÉNOM) |
|  | ADRESSE: |  |  |
|  |  | (Rue) | (**No D'APP./CASE POSTALE**) |
|  |  |  |  |
|  | (Ville) | (Province) | (Code postal) |
|  | TÉLÉPHONE: |  |  | COURRIEL: |  |
|  |  | (Principal) | (Autre) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **B** | **RÉVISION MANUELLE DES RÉSULTATS OBTENUS, PAR L’AGENCE D’ÉVALUATION** |

**1. FRAIS DE LA RÉVISION DES RÉSULTATS PAR L’AGENCE D’ÉVALUATION :**

Les frais de demande de révision manuelle sont de 105 $ + tps (5% partout sauf 13% en ON, NB, TN & Intl, 14% à l’IPE et 15% en NÉ). Un CHÈQUE VISÉ ou un MANDAT en devises canadiennes, à l'ordre du **Bureau national de la certification en hygiène dentaire** ou une carte de crédit valide (VISA ou MasterCard) ou de débit VISA sont requis :

🞏 Chèque ci-joint 🞏 Mandat ci-joint

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Numéro de carte de crédit |  | Date d’expiration |
|  |  |  |
| Nom du détenteur |  | Signature |

 *DEMANDE DE SERVICES APRÈS L'EXAMEN PAGE SUIVANTE*

*DEMANDE DE SERVICES CANDIDAT(E)S NAYANT PAS RÉUSSI L'EXAMEN 2*

***J'accepte de respecter les MESURES DE SÉCURITÉ établies pour la séance de révision manuelle :***

*Il est entendu que je recours à la procédure de révision manuelle uniquement pour vérifier ma note d'examen, et non pour remettre en question ou revoir le contenu de l'examen, ni pour obtenir des renseignements additionnels sur mes points faibles.*

|  |  |
| --- | --- |
|  **C** | **SIGNATURE DU(DE LA) CANDIDAT(E)** |

**Je demande par la présente que le(s) service(s) indiqué(s) sur ce formulaire me soient accordés.**

SIGNATURE DU(DE LA) CANDIDAT(E) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **RÉSERVÉ AU BNCHD**

***1. La demande du(de la) candidat(e) a été reçue le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.***

***2. Le(La) candidat(e) a acquitté les frais exigés.*** **□ OUI □ NON**

**SIGNATURE DU PRÉPOSÉ DU BNCHD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TITRE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **NOTE APRÈS****NOUVELLE CORRECTION** |
|  |  |

 *08/13*