



# L'Examen de certification nationale en hygiène dentaire (ECNHD)

## Accommodements – Formulaire de demande du/de la candidat(e)

### SECTION A – RESEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom de famille	Prénom(s)	
Adresse		
Ville	Province	Code postal
Téléphone	Courriel	Pays

### SECTION B – RESEIGNEMENTS CONCERNANT LES ACCOMMODEMENTS

Les conditions de passation de l'Examen de certification nationale en hygiène dentaire (ECNHD) peuvent être modifiées pour les candidat(e)s qui ont besoin des accommodements en vertu des lois sur les droits de la personne. Les demandes visant à passer l'examen dans une langue autre que l'anglais ou le français ne seront pas accordées. Les facteurs à prendre en considération lors de l'examen des demandes d'aménagements sont les suivants : **a.** Les documents à l'appui sont actuels et complets; **b.** Le/la candidat(e) a un handicap dont le diagnostic a été établi ou encore d'autres circonstances démontrent son droit à des accommodements en vertu des lois sur les droits de la personne; **c.** Un lien est clairement établi entre l'impact fonctionnel de la situation personnelle du candidat(e) et l'aménagements qui est proposé pour atténuer cet impact; **d.** L'intégrité de l'examen est préservée et le/la candidat(e) ne bénéficie d'aucun avantage injuste par rapport aux autres candidat(e)s; et **e.** Le BNCHD est en mesure de fournir les ressources requises pour mettre en œuvre les accommodements.

### SECTION C – DEMANDE DU/DE LA CANDIDAT(E)

En vertu des lois sur les droits de la personne, pour quels motifs faites-vous une demande d'accommodements?

Handicap       Autre

Veillez décrire le type d'aménagement demandé (soyez aussi spécifique que possible). Pour quelles raisons les conditions de passation régulières de l'examen vous empêchent-elles de faire la preuve de vos connaissances et de votre compétence de manière juste et équitable?

---

---

---

---

---

---

---

---

**Veillez soumettre les documents à l'appui de cette demande :**

**Formulaire B:** Ce formulaire doit être dûment rempli par le/la candidat(e) et par un professionnel de la santé qualifié **qui l'enverra directement à [exam@ndhcb.ca](mailto:exam@ndhcb.ca)** afin de confirmer que vous avez des besoins associés à votre handicap; le formulaire doit être daté tout au plus d'un an.

**OU**

Document l'appui émis par votre école décrivant l'aménagement spécifique ayant été accordé (services en matière d'accessibilité) et **envoyé directement à [exam@ndhcb.ca](mailto:exam@ndhcb.ca)** daté tout au plus de deux ans.

### SECTION D - DÉCLARATION

Je confirme que les renseignements contenus dans ce formulaire sont exacts et je comprends que le BNCHD peut divulguer les renseignements concernant le type d'accommodements fournis à une tierce partie (p. ex., surveillant, fournisseur des services d'examen, ou organisme de réglementation).

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

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

**Veillez envoyer directement le formulaire dûment rempli à [exam@ndhcb.ca](mailto:exam@ndhcb.ca) ou si vous utilisez un télécopieur, prier d'envoyer le formulaire au : 613-260-8511.**