



BUREAU NATIONAL DE LA CERTIFICATION
EN HYGIÈNE DENTAIRE

DEMANDE DE SERVICES DE RÉVISION MANUELLE
CANDIDAT(E)S N'AYANT PAS RÉUSSI
L'EXAMEN

Veillez 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. N° D'IDENTITÉ DU (DELA) CANDIDAT(E) _____ DATE DE L'EXAMEN: _____

CENTRE D'EXAMEN _____
(VILLE) (CODE ou LIEU)

2. NOM: _____
(NOM) (PRÉNOM)

ADRESSE: _____
(Rue) (N° 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 110 \$ + tps (5% en partout sauf 13% en AB, BC, SK, MB, QC et les territoires; 13% à ON, États-Unis et international; 15% en PE, NS, NB et NL). 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

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

Bureau national de la certification en hygiène dentaire
75-B, rue Colonnade
Ottawa, (Ontario)
K2E 0A8
Tél. : (613) 260-8156
Télec. : (613) 260-8511
Informations générales : exam@ndhcb.ca