

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCREDITATION DE L'ICPAVP

RENOUVELLEMENT

NOM: _____

ADRESSE POSTALE / COORDONNÉES (AU BUREAU OU À LA MAISON):

NUMERO DE TELEPHONE (AU BUREAU OU À LA MAISON):

ADRESSE DE COURRIEL (AU BUREAU OU À LA MAISON):

Par la présente, je fais demande pour le renouvellement de l'accréditation de l'ICPAVP dans une des catégories énumérées qui suivent (veuillez cocher celle choisie).

Accréditation générale («ICPAVP – AG»)

En signant ce formulaire, je confirme que, pendant les deux dernières années, j'ai un emploi à temps plein d'une période d'au moins un an en matière d'APVP.

Accréditation professionnelle («ICPAVP – AP»)

Votre droit à la vie privée est d'une importance particulière pour l'ICPAVP et il s'engage à la respecter et la préserver. Les renseignements personnels sur ce formulaire et tout autre renseignement que vous remettez à l'ICPAVP dans le contexte de votre demande sont protégés par la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* et ne seront communiqués à moins d'obtenir votre consentement. Les renseignements serviront seulement aux fins pour lesquelles ils ont été recueillis ou pour des fins administratives semblables. Si vous avez des questions quant aux pratiques ou politiques de l'ICPAVP en matière de vie privée, veuillez communiquer avec le responsable de la vie privée de l'ICPAVP au ciapp@bell.net

En signant ce formulaire et en le présentant à l'ICPAVP, je confirme la véracité des propos suivants : au courant des sept dernières années, j'ai occupé un poste à temps plein en matière d'APVP ou j'ai fourni des services connexes d'emploi ou de consultation pendant au moins cinq ans **OU** j'ai occupé un tel poste pendant au moins 3 ans ET j'ai achevé le programme d'accréditation en matière d'APVP de l'Université de l'Alberta ou une accréditation équivalente d'une autre université reconnue par l'ICPAVP.

Accréditation spécialisée («ICPAVP - AS»)

En signant ce formulaire et en le présentant à l'ICPAVP, je confirme la véracité des propos suivants: je rencontre les exigences de ce niveau d'accréditation et mes déclarations à cet effet ainsi que la documentation à l'appui sont exactes et précises.

Signature

Date

PAIEMENT

Je joins un chèque de 20.00\$ **au nom de CAPA**

Je paie par carte de crédit

Visa

Mastercard

Numéro de carte: _____

Date d'échéance: _____ / _____

Nom du détenteur de la carte (Lettres

majuscules): _____

Votre droit à la vie privée est d'une importance particulière pour l'ICPAVP et il s'engage à la respecter et la préserver. Les renseignements personnels sur ce formulaire et tout autre renseignement que vous remettez à l'ICPAVP dans le contexte de votre demande sont protégés par la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* et ne seront communiqués à moins d'obtenir votre consentement. Les renseignements serviront seulement aux fins pour lesquelles ils ont été recueillis ou pour des fins administratives semblables. Si vous avez des questions quant aux pratiques ou politiques de l'ICPAVP en matière de vie privée, veuillez communiquer avec le responsable de la vie privée de l'ICPAVP au ciapp@bell.net

Signature du détenteur de la

carte: _____

Remplissez la demande de renouvellement et de l'envoyer avec les frais à :

CIAPP
207 rue Bank, Suite 237
Ottawa, Ontario
K2P 2N2

ou par télécopieur au (613) 833-0905, ou par courriel. Si vous payez par chèque , veuillez libeller le chèque à «**CAPA**». Si vous souhaitez payer par carte de crédit, le débit apparaîtra sur votre relevé comme faites à l'ACAP , car l'ACAP a permis l'ICPAVP d'utiliser ses services des cartes de crédit afin de sauver les énormes coûts de mise en place de services de cartes de crédit pour ces petites sommes d'argent . Si vous préférez donner votre numéro de carte de crédit par téléphone , s'il vous plaît indiquer sur votre demande de renouvellement et appeler l'ICPAVP au (613) 833-0585 .

Votre droit à la vie privée est d'une importance particulière pour l'ICPAVP et il s'engage à la respecter et la préserver. Les renseignements personnels sur ce formulaire et tout autre renseignement que vous remettez à l'ICPAVP dans le contexte de votre demande sont protégés par la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* et ne seront communiqués à moins d'obtenir votre consentement. Les renseignements serviront seulement aux fins pour lesquelles ils ont été recueillis ou pour des fins administratives semblables. Si vous avez des questions quant aux pratiques ou politiques de l'ICPAVP en matière de vie privée, veuillez communiquer avec le responsable de la vie privée de l'ICPAVP au ciapp@bell.net