


FORMULAIRE DE DEMANDE DE CHANGEMENT DE NOM

| | |
|---|---|
| Matricule du CMC, N° d'identification du RCMC ou N° de LCMC : | |
| NOM ACTUEL (tel qu'il est indiqué dans votre compte) | |
| Nom de famille | |
| Prénom(s) | Date de naissance (aaaa/mm/jj) |
| NOUVEAU NOM (tel qu'il est indiqué sur votre document de changement de nom) | |
| Nom de famille | |
| Prénom(s) | |
| DOCUMENTS DE CHANGEMENT DE NOM | |
| <i>* Tout document de changement de nom DOIT être certifié selon les exigences de certification du CMC.</i> | |
| <p>1. Veuillez joindre au présent formulaire votre document de changement de nom et cocher ci-dessous le nom du document.</p> <p><input type="checkbox"/> un certificat de mariage</p> <p><input type="checkbox"/> un jugement de divorce</p> <p><input type="checkbox"/> une ordonnance officielle d'un tribunal, ou</p> <p><input type="checkbox"/> un autre document juridique attestant un changement de nom</p> <p>2. Est-ce que votre signature a changé due à votre changement de nom ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>*Si oui, veuillez satisfaire aux exigences relatives aux photographies et signatures ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Doivent être actuelles, c.-à-d., prises il y a moins de six (6) mois. ▶ Doivent être en couleurs (les photos en noir et blanc ne sont pas acceptées). ▶ Doivent être de format passeport, environ 50 mm (2 po) de large sur 70 mm (2 3/4 po) de long. ▶ Doivent être de qualité passeport, c.-à-d., prises de face et très claires sur fond contrastant. Les photos numérisées ne sont pas de qualité passeport et ne sont donc pas acceptables. ▶ Doivent être des originaux, c.-à-d., non pas une reprise d'une photo existante. | <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>Photo du candidat (non certifiée) :</p> <p>Attacher une photo ici à l'aide d'un morceau de ruban adhésif (le long du bord supérieur, SANS couvrir le visage).</p> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <p style="text-align: center;">Signature du candidat</p> |
| <p>Si vous désirez faire une demande pour un remplacement de votre nom à vos documents de Licencié du Conseil médical du Canada (LCMC) (Certificat d'enregistrement et « testamur », veuillez remplir le FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE et le FORMULAIRE D'AUTORISATION DE PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT et les soumettre accompagnés de votre Formulaire de demande de changement de nom.</p> | |
| <p>Je, soussigné, conviens que :</p> <p>Cette demande a pour fins que le CMC reconnaisse mon nom légal et non pas à une autre fin inappropriée. Si j'ai reçu le certificat d'enregistrement à titre de Licencié du Conseil médical du Canada, la Fédération des ordres des médecins du Canada sera avisée par écrit de mon nouveau nom.</p> | |
|  | |
| * Signature | * Date (aaaa/mm/jj) |

* Champs obligatoires