

Formulaire de demande de changement de nom

Nom actuel (tel qu'indiqué dans votre compte) :

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM(S)

Date de naissance _____ Matricule du candidat,
n° d'identification du RCMC ou n° de LCMC _____
AAAA / MM / JJ

Nouveau nom (tel qu'indiqué sur votre document de changement de nom) :

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM(S)

Documents de changement de nom :

1. Indiquez quel document vous soumettez à l'appui de votre demande de changement de nom, et joignez-le au présent formulaire.

- Certificat de mariage** **Ordonnance officielle d'un tribunal**
 Jugement de divorce **Autre document juridique attestant d'un changement de nom**


N'envoyez pas vos documents originaux, *seulement des copies*, car vos documents originaux ne vous seront pas retournés.

2. Est-ce que votre signature a changé en raison d'un changement de nom?

- OUI** **NON**

Si oui, veuillez signer en respectant les exigences relatives à la signature ci-dessous :

- ▶ Doit être votre signature actuelle.
- ▶ Doit être faite à l'intérieur de la bordure, avec un stylo ou un crayon.
- ▶ Les signatures numériques ou électroniques ne sont pas acceptées.



SIGNATURE DU CANDIDAT

 *Signature*

CORRECT

 *Signature*

INCORRECT

3. Si vous souhaitez faire une demande de remplacement de vos documents de Licencié du Conseil médical du Canada (LCMC) (Certificat d'enregistrement et « testamur ») pour que le nouveau nom figure sur ces documents, veuillez remplir le *Formulaire de demande de remplacement de documents de LCMC* et le soumettre accompagné de cette demande de changement de nom.

Je, soussigné(e), reconnais les énoncés suivants : Je comprends que cette demande a pour but de faire reconnaître mon nom légal par le CMC et qu'elle n'a pas d'autre but inapproprié. Si j'ai obtenu le titre de LCMC, je comprends que la Fédération des ordres des médecins du Canada sera avisée par écrit de mon nouveau nom.



SIGNATURE

DATE AAAA / MM / JJ