

Ajout de formateur

Retrait de formateur

L'entente de reconnaissance prévue par le *Règlement sur la formation continue obligatoire des courtiers hypothécaires* ainsi que la *Politique de formation continue obligatoire* stipulent que le prestataire de formation reconnu informe l'Autorité de l'ajout ou du retrait d'un formateur pour une activité de formation donnée. Le prestataire de formation doit attendre l'autorisation de l'Autorité avant de permettre à un formateur, un chargé de cours ou un conférencier de diffuser une activité de formation.

La demande d'ajout ou de retrait de formateur sera traitée sans frais.

PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESTATAIRE DE FORMATION (en lettres majuscules)

IDENTIFICATION DU CLIENT

N° de client (10 chiffres)							
Nom du prestataire de formation							
ADRESSE							
N° d'immeuble		Rue				App.	
Municipalité			Province			Code postal	
N° de tél. (domicile)			N° de tél. (travail)			Poste	
No de tél. cell.			Adresse courriel				

PARTIE 2 – RENSEIGNEMENTS SUR L'ACTIVITÉ DE FORMATION CONTINUE

Code de l'activité de formation continue : _____

Titre de l'activité de formation continue pour laquelle vous désirez ajouter un ou des formateurs : _____

Ajout de formateur

 Retrait de formateur

Note

Veillez vérifier les antécédents criminels et disciplinaires ainsi que les dossiers de faillite et de crédit du formateur. Vous devrez joindre le curriculum vitae du formateur à la présente demande. En cas de retrait, veuillez en indiquer la raison.

PARTIE 3 – RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION DU FORMATEUR 1 (en lettres majuscules)									
IDENTIFICATION DU FORMATEUR									
N° de client (10 chiffres)									
M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom(s)	Nom							
M. <input type="checkbox"/>									
Date de naissance : ____ / ____ / ____ jour mois année				Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>					
ADRESSE RÉSIDENTIELLE									
N° d'immeuble		Rue			App.				
Municipalité				Province		Code postal			
N° de tél. (domicile)			N° de tél. (travail)			Poste			
N° de tél. cell.		Adresse courriel							
Ajout <input type="checkbox"/> Retrait <input type="checkbox"/>									
Raison									
PARTIE 4 – RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION DU FORMATEUR 2, LE CAS ÉCHÉANT									
IDENTIFICATION DU FORMATEUR									
N° de client (10 chiffres)									
M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom(s)	Nom							
M. <input type="checkbox"/>									
Date de naissance : ____ / ____ / ____ jour mois année				Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>					
ADRESSE RÉSIDENTIELLE									
N° d'immeuble		Rue			App.				
Municipalité				Province		Code postal			
N° de tél. (domicile)			N° de tél. (travail)			Poste			
N° de tél. cell.		Adresse courriel							
Ajout <input type="checkbox"/> Retrait <input type="checkbox"/>									
Raison									

Ajout de formateur

 Retrait de formateur

Note

Veillez vérifier les antécédents criminels et disciplinaires ainsi que les dossiers de faillite et de crédit des formateurs. Vous devez joindre le curriculum vitae du formateur à la présente demande. En cas de retrait, veuillez en indiquer la raison.

PARTIE 5 – RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION DU FORMATEUR 3, LE CAS ÉCHÉANT (en lettres majuscules)									
IDENTIFICATION DU FORMATEUR									
N° de client (10 chiffres)									
M ^{me} <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/>	Prénom(s)			Nom				
Date de naissance : ____ / ____ / ____ jour mois année				Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>					
ADRESSE RÉSIDENTIELLE									
N° d'immeuble		Rue			App.				
Municipalité			Province		Code postal				
N° de tél. (domicile)		N° de tél. (travail)			Poste				
N° de tél. cell.		Adresse courriel							
Ajout <input type="checkbox"/> Retrait <input type="checkbox"/>									
Raison									
PARTIE 6 – RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION DU FORMATEUR 4, LE CAS ÉCHÉANT (en lettres majuscules)									
IDENTIFICATION DU FORMATEUR									
N° de client (10 chiffres)									
M ^{me} <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/>	Prénom(s)			Nom				
Date de naissance : ____ / ____ / ____ jour mois année				Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>					
ADRESSE RÉSIDENTIELLE									
N° d'immeuble		Rue			App.				
Municipalité			Province		Code postal				
N° de tél. (domicile)		N° de tél. (travail)			Poste				
N° de tél. cell.		Adresse courriel							
Ajout <input type="checkbox"/> Retrait <input type="checkbox"/>									
Raison									

Ajout de formateur

Retrait de formateur

Note

Veillez vérifier les antécédents criminels et disciplinaires ainsi que les dossiers de faillite et de crédit des formateurs. Vous devez joindre le curriculum vitae du formateur à la présente demande. En cas de retrait, veuillez en indiquer la raison.

PARTIE 7 – RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION DU FORMATEUR 5, LE CAS ÉCHÉANT (en lettres majuscules)									
IDENTIFICATION DU FORMATEUR									
N° de client (10 chiffres)									
M ^{me} <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/>	Prénom(s)			Nom				
Date de naissance : ____ / ____ / ____ jour mois année				Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>					
ADRESSE RÉSIDENTIELLE									
N° d'immeuble		Rue			App.				
Municipalité			Province		Code postal				
N° de tél. (domicile)		N° de tél. (travail)			Poste				
N° de tél. cell.		Adresse courriel							
Ajout <input type="checkbox"/> Retrait <input type="checkbox"/>									
Raison									
PARTIE 8 – RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION DU FORMATEUR 6, LE CAS ÉCHÉANT (en lettres majuscules)									
IDENTIFICATION DU FORMATEUR									
N° de client (10 chiffres)									
M ^{me} <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/>	Prénom(s)			Nom				
Date de naissance : ____ / ____ / ____ jour mois année				Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>					
ADRESSE RÉSIDENTIELLE									
N° d'immeuble		Rue			App.				
Municipalité			Province		Code postal				
N° de tél. (domicile)		N° de tél. (travail)			Poste				
N° de tél. cell.		Adresse courriel							
Ajout <input type="checkbox"/> Retrait <input type="checkbox"/>									
Raison									

-
- Ajout de formateur
-
-
- Retrait de formateur

PARTIE 9 – DÉCLARATION**Note importante**

Cette section doit être remplie obligatoirement par le responsable de la formation

Je déclare :

1. avoir vérifié les antécédents criminels, disciplinaires, de faillite et de crédit pour chacun des formateurs faisant l'objet de cette demande. Oui Non

2. qu'un formateur a plaidé coupable, ou a été déclaré coupable par un tribunal canadien ou étranger d'une infraction ou d'un acte criminel, a fait l'objet de poursuites civiles en lien avec les activités de représentant ou a fait l'objet de sanctions disciplinaires imposées par un comité de discipline. (Vous n'avez pas à répondre oui à cette question si le formateur a été reconnu non coupable ou que les chefs d'accusation portés contre lui ont été retirés.) Oui Non

➔ Si vous avez répondu **oui**, veuillez annexer les détails à votre demande.

4. qu'un formateur est en défaut d'acquitter les amendes, dépens ou intérêts imposés par un comité de discipline ou par la Cour du Québec, siégeant en appel d'une décision de l'un de ces comités ou est en défaut d'acquitter les amendes reliées à la commission d'une infraction en vertu des lois et Code suivants : *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D-9.2; ancienne *Loi sur les intermédiaires de marché*, RLRQ, c. I-15.1; ancienne *Loi sur le courtage immobilier*, RLRQ, c. C-73.1; *Loi sur les valeurs mobilières*, RLRQ, c. V-1.1; *Code des professions*, RLRQ, c. C-26. Oui Non

➔ Si vous avez répondu **oui**, veuillez annexer les détails à votre demande.

5. qu'un formateur a vu son certificat ou son droit de pratique suspendu, radié, révoqué, assorti de restrictions ou de conditions, ou a déjà été exclu soit par un comité de discipline, soit par un organisme du Québec, d'une autre province ou d'un autre État chargé de la surveillance et du contrôle des personnes agissant à titre de représentant, dans une discipline ou une catégorie de discipline encadrée par la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D-9.2 ou par la *Loi sur les valeurs mobilières*, RLRQ, c. V-1.1. Oui Non

➔ N° de décision : _____ Date : _____

Nom du décideur : _____ Discipline / catégorie : _____

Ajout de formateur

Retrait de formateur

6. qu'un des formateurs a fait faillite, fait cession de ses biens ou a été sous le coup d'une ordonnance de séquestre prononcée en vertu de la *Loi sur la faillite et l'insolvabilité*, L.R.C. (1985), c. B-3. Oui Non
- ➔ Si vous avez répondu **oui**, veuillez annexer les détails à votre demande.
7. qu'un des formateurs est pourvu d'un tuteur, d'un curateur ou d'un conseiller. Oui Non
- ➔ Si vous avez répondu **oui**, veuillez annexer les détails à votre demande.
8. qu'un des formateurs a déjà été administrateur, dirigeant ou associé d'un cabinet ou d'une société autonome dont l'inscription a été radiée en vertu de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D-9.2. Oui Non
- ➔ Si vous avez répondu **oui**, veuillez annexer les détails à votre demande.
8. que les formateurs nommés dans cette demande ont les qualifications et les compétences requises pour diffuser l'activité de formation continue. Oui Non

PARTIE 10 – SIGNATURE DU RESPONSABLE DE LA FORMATION

Je déclare que les renseignements contenus dans la présente demande sont véridiques et je m'engage à aviser l'Autorité de toute modification à un renseignement ou à un document que je lui ai fourni dans les 5 jours de cette modification, lorsque celle-ci survient pendant la période de validité de la formation.

Signature

Date : ____ / ____ / ____
année mois jour

Nous vous rappelons qu'au Québec, toute entreprise privée ou publique qui offre un programme de formation est assujettie, selon la situation qui lui est applicable, aux obligations prévues à la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, RLRQ, c. P-39.1 ou à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ, A-2.1 dont l'application relève de la Commission d'accès à l'information. Pour obtenir plus d'information concernant vos obligations, nous vous invitons à consulter le site Web de la [Commission d'accès à l'information](http://www.laaccess.gc.ca).