

Par la présente, je fais une demande d'adhésion (voir ci-dessous) à l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique. Cette demande sous-entend que l'adhésion se continue jusqu'à ce qu'une résignation soit offerte, ou jusqu'à ce que l'adhésion cesse en vertu des conditions contenues dans les arrêtés de l'Institut.

No. du certificat CIPHI _____ Année de délivrance _____ Depuis combien d'années êtes-vous membre de CIPHI? _____

Aucune Différence De L'Année Dernière

Oui, Il Ya Des Changements, voir ci-dessous (**Completez les sections seulement si il ya des informations qui ont changé.**)

* Nom: _____ * Date de naissance: _____ / _____ / _____
Nom de famille Prénoms Jour Mois Année

Adresse à domicile: _____
Rue Ville Province Code Postal

Téléphone à domicile: _____ / _____ Courriel: _____
Ind. Rég.

Téléphone au travail: _____ / _____ Télécopieur: _____ / _____ Courriel: _____
Ind. Rég. Ind. Rég.

Employeur actuel: _____
Agence Rue

Adresse de l'employeur: _____ Code Postal: _____
Ville Province

Code de déontologie: Comme membre de l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique, je reconnais :

Que j'ai des obligations morales concernant ma pratique professionnelle en échange de la confiance que la société m'accorde. J'ai l'obligation d'observer la loi et d'agir de manière à protéger la santé du public, de suivre la Constitution, les Règlements administratifs, les Normes de pratique de l'ICISP et de me conduire d'une façon digne d'un professionnel en santé publique environnementale et d'exercer mes fonctions conformément aux principes fondamentaux et éthiques incluant :

- Promotion de la justice
- Être responsable
- Maintien de la vie privée et la confidentialité
- Promotion du processus décisionnel fondé sur des faits
- Promotion de la santé, le bien-être et la collaboration
- Méthode saine

Ma signature ci-dessous dénote ma compréhension et mon engagement personnel au code de déontologie de l'ICISP

* Signature: _____ * Date: _____

* Indiquez, s.v.p., le genre d'adhésion que vous désirez:

Régulier (voir ci-dessous) Etudiant \$50.00 Retraité \$50.00 Fraternel \$120.00 International \$105.00

* Veuillez encercler la section que vous désirez joindre:

(Province dans laquelle vous résidez à moins que vous viviez dans les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut, le Yukon ou l'extérieur Canada)

En cochant cette case, le requérant/soussigné ne permet pas à l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique de fournir son nom et ses données personnelles aux membres corporatifs/affiliés de l'Institut.

| British Columbia | Alberta | Saskatchewan | Manitoba | Ontario | Québec | New Brunswick | Nova Scotia/PEI | Nfld/ Labrador |
|------------------|----------|--------------|----------|----------|----------|---------------|-----------------|----------------|
| \$200.00 | \$200.00 | \$200.00 | \$200.00 | \$200.00 | \$200.00 | \$200.00 | \$195.00 | \$190.00 |

(avec Registration)

* Paiement fait par:

- Chèque
- Carte du Credit
- Mandat
- Par votre employeur (chèque ci-inclus)
- Prélèvement sur le salaire

Carte du Credit: Visa MasterCard American Express

Numero sur la carte: _____ / _____ / _____ / _____

Date d'expiration: ____ / ____

Nom sur la carte: _____

Signature: _____

