

---

## Annexe XIV : Formulaire d'acceptation de la nomination par le médecin désigné

---

### Formulaire d'acceptation de la nomination par le médecin désigné

Je, \_\_\_\_\_, du  
(Prénom et nom)

-----  
-----  
-----

(Adresse du cabinet)

Accepte l'offre de nomination à titre de praticien effectuant des examens médicaux aux fins de l'immigration canadienne. Je reconnais que j'ai lu, que j'ai compris et que j'accepte les directives et les lignes directrices décrites dans le Manuel du médecin désigné.

Je comprends qu'en acceptant cette nomination, je consens à effectuer les examens médicaux aux fins de l'immigration canadienne de la manière et dans la forme définies et exigées dans ce manuel. Le Manuel décrit les règles et les normes régissant ma nomination. Je consens aussi à respecter les politiques, les procédures et les lignes directrices décrites dans le Manuel et/ou fournies par les médecins agréés, ainsi que tous les changements à ces politiques et procédures qui pourront être apportés par CIC à l'occasion.

\_\_\_\_\_  
(Nom en caractères d'imprimerie)

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
AAAA MM JJ

\_\_\_\_\_  
(Signature)