



470, rue York Street
P.O. Box 6000 / C.P. 6000
Fredericton, NB E3B 5H1

**APPLICATION FOR A CERTIFICATE OF QUALIFICATION/
CERTIFICATE OF QUALIFICATION (WITHOUT WRITTEN
EXAM) OR PROVINCIAL CQ/DA FOR IP**

**DEMANDE DE CERTIFICAT D'APTITUDE/
CERTIFICAT D'APTITUDE (SANS EXAMEN ÉCRIT) OU
CA/DA PROVINCIAL POUR LE SCEAU ROUGE IP**

THIS APPLICATION IS VALID FOR THREE YEARS FROM DATE
OF APPROVAL
CETTE DEMANDE EST VALIDE POUR UNE DURÉE DE TROIS
ANS DE LA DATE D'APPROBATION

DEPARTMENTAL USE ONLY
RÉSERVÉ AU MINISTÈRE

CLIENT ID No. / N° D'IDENT. DU CLIENT

APPLICATION ID No.
N° D'IDENT. DE LA DEMANDE

OCCUPATION / PROFESSION		OCC CODE CODE PROF	REGION RÉGION
-------------------------	--	-----------------------	------------------

The information collected on this form is for the administration of the *Apprenticeship and Occupational Certification Act* and it is collected under the authority of section 23 of the Act. For questions relating to the collection of information, please contact our Apprenticeship and Occupational Certification Branch at the e-mail address or toll free number listed at the end of this form.

Les renseignements recueillis sur le présent formulaire sont réservés à l'administration de la *Loi sur l'apprentissage et la certification professionnelle* et ils sont recueillis en vertu de l'article 23 de ladite loi. Si vous avez des questions reliées à la cueillette des renseignements, veuillez communiquer avec la Direction de l'Apprentissage et de la Certification professionnelle à l'adresse électronique ou au numéro sans frais à la fin de ce formulaire.

PERSONAL / PERSONNEL

GIVEN NAME / PRÉNOM		MIDDLE NAME / DEUXIÈME PRÉNOM	FAMILY NAME / NOM DE FAMILLE		PREFERRED NAME / NOM PRÉFÉRÉ
S.I.N. / N.A.S.	MARITAL STATUS / ÉTAT MATRIMONIAL		DATE OF BIRTH DATE DE NAISSANCE Y / A M D / J		GENDER : <input type="checkbox"/> M SEXE : <input type="checkbox"/> F
ADDRESS / ADRESSE		TELEPHONE / TÉLÉPHONE		LANGUAGE / LANGUE :	
CITY OR TOWN / CITÉ OU VILLE		CELL / CELLULAIRE		SPOKEN / PARLÉE <input type="checkbox"/> E / A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> B	
PROVINCE		ALTERNATE / AUTRE		CORRESPONDENCE / CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> E / A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> B	
POSTAL CODE / CODE POSTAL		E-MAIL / COURRIEL		INSTRUCTION / ENSEIGNEMENT <input type="checkbox"/> E / A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> B	

COMPLETION OF THIS PART OF THE APPLICATION IS VOLUNTARY / VOUS N'ÊTES PAS TENUÉ DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES :

DO YOU HAVE AN EMPLOYMENT RELATED DISABILITY/CONDITION WHICH YOU WISH TO INDICATE? DOES IT AFFECT YOUR :
AVEZ-VOUS UNE INCAPACITÉ DE TRAVAIL QUE VOUS SOUHAITEZ PRÉCISER ? AFFECTE-T-ELLE VOTRE :

CO-ORDINATION _____ HEARING _____ LEARNING _____ MOBILITY _____ SPEECH _____ VISION _____ OTHER (SPECIFY)
COORDINATION _____ AUDITION _____ D'APPRENTISSAGE _____ DIFFICULTÉ _____ MOBILITÉ _____ ÉLOCUTION _____ VISION _____ AUTRE (PRÉCISEZ) _____

DO YOU CONSIDER YOURSELF AN ABORIGINAL PERSON? "ABORIGINAL PERSON" REFERS TO A PERSON WHO IS:
VOUS CONSIDÉREZ-VOUS UNE PERSONNE AUTOCHTONE ? LE TERME AUTOCHTONE SE RAPPORTE À LA PERSONNE QUI EST :

STATUS INDIAN _____ NON-STATUS INDIAN _____ METIS _____ INUIT _____
INDIEN(NE) DE PLEIN DROIT _____ INDIEN(NE) DE FAIT _____ MÉTIS _____ INUIT _____

RELATED WORK EXPERIENCE / EXPÉRIENCE DE TRAVAIL

FROM DE Y / A - M - D / J	TO À Y / A - M - D / J	NAME AND ADDRESS OF EMPLOYER NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	NATURE OF WORK GENRE DE TRAVAIL	CHECKED BY (INITIALS) VÉRIFICATION (INITIALES)	TIME IN OCCUPATION TEMPS DANS LA PROFESSION HOURS / HEURES

Progress Record Book employer hours recorded on ACIS:
Heures des employeurs dans le livret de contrôle enregistrées au SIAC :

EDUCATION / ÉDUCATION

FROM DE Y / A - M - D / J	TO À Y / A - M - D / J	INSTITUTION / SCHOOL INSTITUTION / ÉCOLE	FIELD OF STUDY DOMAINE D'ÉTUDE	LEVEL COMP. NIVEAU COMPLÉTÉ	CREDIT HOURS HEURES CRÉDITÉES

OTHER CERTIFICATES AND LICENCES / AUTRES CERTIFICATS ET PERMIS

DATE ACQUIRED DATE OBTENUE Y / A - M - D / J	OCCUPATION / PROFESSION	INSTITUTION	PROVINCE	CERTIFICATE No N° DU CERTIFICAT	CREDIT HOURS HEURES CRÉDITÉES

APPRENTICESHIP AND OCCUPATIONAL CERTIFICATION / APPRENTISSAGE ET CERTIFICATION PROFESSIONNELLE

ARE YOU CURRENTLY A REGISTERED APPRENTICE? / ÉTES-VOUS PRÉSENTEMENT INSCRIT COMME APPRENTI? YES (IF YES, COMPLETE) / OUI (SI OUI, COMPLÉTEZ) NO / NON

OCCUPATION / PROFESSION _____ JURISDICTION / JURIDICTION _____

DO YOU HOLD A DIPLOMA(S) OF APPRENTICESHIP, A CERTIFICATE(S) OF QUALIFICATION AND/OR A CERTIFICATE(S) OF QUALIFICATION (WITHOUT WRITTEN EXAM) IN A DESIGNATED OCCUPATION? / DÉTENEZ-VOUS UN DIPLÔME(S) D'APPRENTISSAGE, UN CERTIFICAT(S) D'APTITUDE ET/OU UN CERTIFICAT(S) D'APTITUDE (SANS EXAMEN ÉCRIT) DANS UNE PROFESSION DÉSIGNÉE? YES (IF YES, COMPLETE) / OUI (SI OUI, COMPLÉTEZ) NO / NON

OCCUPATION / PROFESSION _____ DATE OF ISSUE / DATE DE DÉLIVRANCE _____ JURISDICTION / JURIDICTION _____

DIPLOMA OF APPRENTICESHIP # / # DU DIPLÔME D'APPRENTISSAGE	CERTIFICATE OF QUALIFICATION # / # DU CERTIFICAT D'APTITUDE	RED SEAL # / # DU SCEAU ROUGE	CERTIFICATE OF QUAL. (WITHOUT WRITTEN EXAM) # / # DU CERTIFICAT D'APTITUDE (SANS EXAMEN ÉCRIT)
--	---	-------------------------------	--

OCCUPATION / PROFESSION _____ DATE OF ISSUE / DATE DE DÉLIVRANCE _____ JURISDICTION / JURIDICTION _____

DIPLOMA OF APPRENTICESHIP # / # DU DIPLÔME D'APPRENTISSAGE	CERTIFICATE OF QUALIFICATION # / # DU CERTIFICAT D'APTITUDE	RED SEAL # / # DU SCEAU ROUGE	CERTIFICATE OF QUAL. WITHOUT WRITTEN EXAM # / # DU CERTIFICAT D'APTITUDE (SANS EXAMEN ÉCRIT)
--	---	-------------------------------	--

SIGNATURE _____ DATE _____

I am aware that this application will remain valid for a 3 year period from the date of Central Office approval. / Je suis conscient que cette demande demeurera valide pour une période de 3 ans à partir de la date d'approbation du bureau central. Initial here/Initiales ici _____

APPLICATION TYPE / CATÉGORIE DE LA DEMANDE :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> APPRENTICESHIP / APPRENTISSAGE | <input type="checkbox"/> EQUIVALENT STANDARDS / NORMES ÉQUIVALENTES | <input type="checkbox"/> WORK PERMIT (COMPULSORY OCCUPATION) / PERMIS DE TRAVAIL (PROFESSION OBLIGATOIRE) |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICATE OF QUALIFICATION / CERTIFICAT D'APTITUDE | <input type="checkbox"/> SIGNIFICANT EXPERIENCE IN THE OCCUPATION (CERTIFICATE OF QUALIFICATION WITHOUT WRITTEN EXAM) / EXPÉRIENCE SIGNIFICATIVE DANS LA PROFESSION (CERTIFICAT D'APTITUDE SANS EXAMEN ÉCRIT) | |
| <input type="checkbox"/> PROVINCIAL CQ/DA FOR IP / CA/DA PROVINCIAL POUR LE SCEAU ROUGE IP | <input type="checkbox"/> SPECIAL CIRCUMSTANCES / CAS SPÉCIAUX | |
| <input type="checkbox"/> IP HOLDER FROM ANOTHER JURISDICTION / TITULAIRE DE SCEAU ROUGE D'UNE AUTRE PROVINCE | <input type="checkbox"/> SIGNIFICANT EXPERIENCE IN THE OCCUPATION (LA - AIT ONLY) / EXPÉRIENCE SIGNIFICATIVE DANS LA PROFESSION (LA - AIT SEULEMENT) (Equivalency certificate from another jurisdiction / certificat équivalent d'une autre province) | |

REQUIRED / REQUISE : _____ ELIGIBLE TO RECEIVE IP / ADMISSIBLE À RECEVOIR IP : YES / OUI NO / NON

 READER / LECTEUR READER WITH MEDICAL CERTIFICATE / LECTEUR AVEC CERTIFICAT MÉDICAL TRANSLATOR / TRADUCTEUR INTERPRETER / INTERPRÈTE

REMARKS / REMARQUES : _____

FEES / DROITS

CHECK THE FEE(S) APPLICABLE TO THE CLIENT / VOIR LES FRAIS APPLICABLES AU CLIENT	* METHOD OF PAYMENT / * MODE DE PAIEMENT	RECEIPT NUMBER / NUMÉRO DU REÇU	DATE ISSUED / DATE D'ÉMISSION	DATE OF EXAM / DATE DE L'EXAMEN
_____ \$150 IP HOLDER FROM ANOTHER JURISDICTION APPLICATION / 150 \$ APPLICATION D'UN TITULAIRE DE SCEAU ROUGE D'UNE AUTRE PROVINCE	_____	_____	_____	_____
_____ \$150 EQUIVALENT STANDARDS APPLICATION / 150 \$ APPLICATION DES NORMES ÉQUIVALENTES	_____	_____	_____	_____
_____ \$200 CERTIFICATE OF QUALIFICATION (WITHOUT WRITTEN EXAM) APPLICATION / 200 \$ APPLICATION D'UN CERTIFICAT D'APTITUDE (SANS EXAMEN ÉCRIT)	_____	_____	_____	_____
_____ \$100 CERTIFICATE OF QUALIFICATION CHALLENGER ASSESSMENT / 100 \$ ÉVALUATION POUR ÉCRIRE LES EXAMENS DE CERTIFICAT D'APTITUDE	_____	_____	_____	_____
_____ \$100 FOREIGN CREDENTIAL ASSESSMENT / 100 \$ ÉVALUATION POUR COMPÉTENCES ÉTRANGÈRES	_____	_____	_____	_____
_____ \$250 CERTIFICATE OF QUALIFICATION EXAMINATION / 250 \$ EXAMEN DE CERTIFICAT D'APTITUDE	_____	_____	_____	_____
_____ \$120 CERTIFICATE OF QUALIFICATION EXAMINATION REWRITE / 120 \$ RÉÉCRITURE D'EXAMEN DE CERTIFICAT D'APTITUDE	_____	_____	_____	_____
_____ \$350 PRACTICAL EXAMINATION/RE-EXAMINATION / 350 \$ EXAMEN PRATIQUE / RÉÉCRITURE D'EXAMEN	_____	_____	_____	_____
_____ \$200 INTERPROVINCIAL (RED SEAL) STANDARDS EXAMINATION / 200 \$ EXAMEN DU SCEAU ROUGE INTERPROVINCIAL	_____	_____	_____	_____
_____ \$200 WORK PERMIT (COMPULSORY OCCUPATION) / 200 \$ PERMIS DE TRAVAIL (PROFESSION OBLIGATOIRE)	_____	_____	_____	_____

* METHOD OF PAYMENT: CASH, CHEQUE (PAYABLE TO THE MINISTER OF FINANCE), DEBIT, OR CREDIT / * MODE DE PAIEMENT : ARGENT COMPTANT, CHÈQUE (PAYABLE AU MINISTRE DES FINANCES, DÉBIT, OU CRÉDIT)

RECOMMENDED BY / RECOMMANDÉ PAR _____ AOC COUNSELLOR / CONSEILLER(ÈRE) DE L'ACP	APPROVED BY / AUTORISÉ PAR _____ DIRECTOR OR DESIGNATE / DIRECTEUR / DIRECTRICE OU DÉSIGNÉ(E)
_____ REGIONAL MANAGER OR DESIGNATE / GÉRANT RÉGIONAL OU DÉSIGNÉ(E)	_____ DATE

DATE OF ISSUE / DATE DE DÉLIVRANCE	DIPLOMA OF APPRENTICESHIP # / # DU DIPLÔME D'APPRENTISSAGE	CERTIFICATE OF QUALIFICATION # / # DU CERTIFICAT D'APTITUDE	RED SEAL # / # DU SCEAU ROUGE	CERTIFICATE OF QUALIFICATION WITHOUT WRITTEN EXAM # / # DU CERTIFICAT D'APTITUDE (SANS EXAMEN ÉCRIT)
------------------------------------	--	---	-------------------------------	--

**CONSENT TO DISCLOSE
INFORMATION**

 **DEPARTMENT USE ONLY**
RÉSERVÉ AU MINISTÈRE

**CONSETEMENT DE DIVULGATION
D'INFORMATIONS**

470, rue York Street
P.O. Box 6000 / C. P. 6000
Fredericton, NB E3B 5H1

		CLIENT ID No. N° D'IDENT. DU CLIENT				REGION RÉGION
OCCUPATION NAME / NOM DE LA PROFESSION		OCC. CODE CODE PROF.	APPLICATION NO. N° D'IDENT. DE LA DEMANDE			

PERSONAL / PERSONNEL					
GIVEN NAME / PRÉNOM	MIDDLE NAME / 2 ^e PRÉNOM	FAMILY NAME / NOM DE FAMILLE		PREVIOUS SURNAME / NOM DE FAMILLE PRÉCÉDENT	
PREFERRED NAME / NOM PRÉFÉRÉ	DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE Y / A M D / J	S.I.N. / N.A.S.		NB EDUCATION NUMBER N° DE L'ÉDUCATION DU N.-B.	
MAILING ADDRESS / ADRESSE POSTALE	CITY OR TOWN / CITÉ OU VILLE	PROV.	POSTAL CODE CODE POSTAL	TELEPHONE / TÉLÉPHONE	

**DISCLOSURE OF PERSONAL AND/OR TRADE RELATED INFORMATION
DIVULGATION DES INFORMATIONS PERSONNELLES ET/OU INFORMATIONS RELIÉES À UN MÉTIER**

CONSENT TO DISCLOSE INFORMATION

I authorize the New Brunswick Department of Post-Secondary Education, Training and Labour to disclose my personal and/or trade related information respecting my participation in the apprenticeship program and/or certification program:

- to provide verification of my apprenticeship registration, and/or my certification;
- to assist in securing, promoting, and maintaining employment;
- to determine my eligibility for apprenticeship and certification programs in other jurisdictions;
- to assist with interprovincial labour mobility;
- to plan for programs;
- to assist with labour market research;
- to assist in obtaining financial support, and

I understand that my personal and/or trade related information may be disclosed:

- to Post-Secondary Institutions;
- to employers;
- to the Interprovincial Computerized Examination Management System (ICEMS);
- to other Canadian Apprenticeship and Occupational Certification entities;
- to other Canadian government agencies, and

I understand that, under the authority of the Statistics Act (Canada), the New Brunswick Apprenticeship and Occupational Certification Branch shares identifying personal information with Statistics Canada to conduct statistical surveys with individuals. Reports and information produced by Statistics Canada from these surveys do not identify any individual or individuals. I also understand that non-identifying bulk information may be shared with Statistics Canada and other Canadian provinces and territories to maintain national standards and records.

I understand that I can revoke this consent, or a portion thereof, at any time in writing and forwarding to the address indicated below.

CONSETEMENT DE DIVULGATION D'INFORMATIONS

J'autorise le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail du Nouveau-Brunswick à divulguer toute information à ma participation au programme d'apprentissage et/ou au programme de certification dans le but de/d' :

- vérifier mon entente d'apprentissage et/ou ma certification;
- aider à l'obtention et le maintien d'un emploi ainsi que pour de l'avancement;
- déterminer mon admissibilité au programme d'apprentissage et de la certification dans d'autres juridictions;
- aider à la mobilité de la main-d'œuvre entre provinces;
- planifier des programmes;
- aider à la recherche du marché du travail;
- aider à obtenir de l'aide financière, et

je comprends que mes informations personnelles peuvent être divulguées :

- aux institutions d'enseignement postsecondaire;
- aux employeurs;
- au système d'administration informatisé des examens interprovinciaux;
- à d'autres entités canadiennes d'Apprentissage et Certification professionnelle;
- à d'autres agences du gouvernement canadien, et

je comprends que sous l'autorité de la Loi sur la statistique (Canada), la Direction de l'Apprentissage et la Certification professionnelle du Nouveau-Brunswick peut divulguer les renseignements personnels avec Statistique Canada afin d'effectuer des sondages de statistiques avec des individus. Les rapports et les informations qui sont produits par Statistique Canada provenant de ces sondages ne doivent pas identifier le nom d'aucune personne. Je comprends que les informations non-identifiées en vrac pourraient être divulguées avec Statistique Canada et autres provinces et territoires canadiens afin de maintenir des normes nationales et des renseignements.

Je comprends que je peux révoquer ce consentement, ou une partie de celui-ci, à tout moment par écrit et de transmettre à l'adresse indiquée ci-dessus.

Signature

Date (Y / A – M – D / J)