



DEPARTMENT OF ENVIRONMENT AND LOCAL GOVERNMENT
MINISTRE DE L'ENVIRONNEMENT ET DES GOUVERNEMENTS LOCAUX

APPLICATION FOR CERTIFICATION

[OZONE DEPLETING SUBSTANCES AND OTHER HALOCARBONS REGULATION - CLEAN AIR ACT

DEMANDE DE CERTIFICATION

[REGLEMENT SUR LES SUBSTANCES APPAUVRISANT LA COUCHE D'OZONE ET AUTRES HALOCARBURES - LOI SUR L'ASSAINISSEMENT DE L'AIR]

PLEASE PRINT / EN LETTRES MOULÉES

DETAILS OF APPLICANT / RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT

Form with fields for: FIRST NAME / PRÉNOM, MIDDLE NAME / DEUXIÈME PRÉNOM, FAMILY NAME / NOM DE FAMILLE, ADDRESS / ADRESSE, CITY, TOWN or VILLAGE / VILLE ou VILLAGE, PROVINCE, POSTAL CODE / CODE POSTAL, TELEPHONE / TÉLÉPHONE, CELL / CELLULAIRE, EMAIL / COURRIEL, DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE, DRIVER'S LICENSE NO / N°. DE PERMIS DE CONDUIRE, PREFERRED LANGUAGE / LANGUE PRÉFÉRÉ.

APPLICANT'S QUALIFICATIONS / QUALIFICATION DU REQUÉRANT

PROFESSIONAL STATUS / STATUT PROFESSIONNEL

Form with checkboxes for: CERTIFICATE OF QUALIFICATION / CERTIFICAT D'APTITUDE, REGISTERED APPRENTICE / APPRENTI INSCRIT, STUDENT / ÉTUDIANT, OTHER (SPECIFY) / AUTRE (PRÉCISER):

Form with fields for: TRADE / MÉTIER, REGISTRATION # / N°. D'INSCRIPTION

ENVIRONMENTAL AWARENESS COURSE / COURS DE SENSIBILISATION À L'ENVIRONNEMENT

PREFERRED COURSE LOCATION / ENDROIT PRÉFÉRÉ POUR LE COURS

Form with checkboxes for: NBCC / CCNB: BATHURST, DIEPPE, EDMUNDSTON, FREDERICTON, MIRAMICHI, MONCTON, SAINT JOHN, ST. ANDREWS, WOODSTOCK

Form with checkbox for: OTHERS (SPECIFY) / AUTRE (PRÉCISER):

Form with field for: DATE OF COURSE / DATE DU COURS:

DECLARATION / DÉCLARATION

I hereby certify that the information provided above is true, complete and accurate. I understand that a Certificate will not be issued until Apprenticeship Numbers or Certificate of Qualification numbers are obtained. / J'atteste, par la présente, que les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques, complets et exacts. Je comprends qu'un certificat ne sera pas délivré avant qu'un numéro d'apprenti ou un certificat d'aptitude soit obtenu.

APPLICANT'S SIGNATURE / SIGNATURE DU REQUÉRANT

DATE

TO BE COMPLETED BY COURSE INSTRUCTOR / A REMPLIR PAR L'INSTRUCTEUR DU COURS

I have verified all the above information, and attest that it is true, complete and accurate to the best of my knowledge. / J'ai vérifié tous les renseignements fournis ci-dessus, et j'atteste qu'ils sont véridiques, complets et exacts à ma connaissance.

INSTRUCTOR'S SIGNATURE / SIGNATURE DE L'INSTRUCTEUR

DATE

Please return this completed application form by fax (506-457-7805) or by mail to:

Department of Environment and Local Government
Ozone Depleting Substances Program
P.O. Box 6000, 20 McGloin Street
Fredericton, N.B. E3B 5H1

Veillez faire parvenir le formulaire rempli par télécopieur (506-457-7805) ou par la poste à l'adresse suivante:

Ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux
Programme des substances appauvrissant la couche d'ozone
Case postale 6000, 20, rue McGloin
Fredericton (Nouveau Brunswick) E3B 5H1