

APPLICATION FOR A CERTIFICATE OF QUALIFICATION/  
CERTIFICATE OF QUALIFICATION (WITHOUT WRITTEN  
EXAM) OR PROVINCIAL CQ/DA FOR IPDEMANDE DE CERTIFICAT D'APTITUDE/  
CERTIFICAT D'APTITUDE (SANS EXAMEN ÉCRIT) OU  
CA/DA PROVINCIAL POUR LE SCEAU ROUGE IPTHIS APPLICATION IS VALID FOR THREE YEARS FROM DATE  
OF APPROVAL  
CETTE DEMANDE EST VALIDE POUR UNE DURÉE DE TROIS  
ANS DE LA DATE D'APPROBATIONDEPARTMENTAL USE ONLY  
RÉSERVÉ AU MINISTÈRE

CLIENT ID No. / N° D'IDENT. DU CLIENT

APPLICATION ID No.  
N° 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 de téléphone 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.		DATE OF BIRTH DATE DE NAISSANCE Y / A      M      D / J		GENDER : <input type="checkbox"/> M SEXE : <input type="checkbox"/> F		NB EDUCATION NUMBER NUMÉRO D'ÉDUCATION DU N.-B.	
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			

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

OCCUPATION / PROFESSION

JURISDICTION / AUTORITÉ

## COMPLETION OF THIS PART OF THE APPLICATION IS VOLUNTARY / VOTRE PARTICIPATION À CETTE PARTIE DE LA DEMANDE EST VOLONTAIRE :

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) VÉRIFIÉ PAR (INITIALES)	TIME IN OCCUPATION TEMPS DANS LA PROFESSION HOURS / HEURES
					HOURS / HEURES
					HOURS / HEURES
					HOURS / HEURES
					HOURS / HEURES
					HOURS / HEURES

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

HOURS / HEURES

## 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

OVER / VERSO

**APPRENTICESHIP AND OCCUPATIONAL CERTIFICATION / APPRENTISSAGE ET CERTIFICATION PROFESSIONNELLE**

HAVE YOU APPLIED TO WRITE THE INTERPROVINCIAL OR PROVINCIAL EXAMINATION IN THIS TRADE IN ANY OTHER CANADIAN PROVINCE OR TERRITORY?  YES (IF YES, COMPLETE)  NO  
 AVEZ-VOUS APPLIQUÉ POUR ÉCRIRE L'EXAMEN INTERPROVINCIAL OU PROVINCIAL DANS CETTE PROFESSION DANS UNE AUTRE PROVINCE OU TERRITOIRE DU CANADA?  OUI (SI OUI, COMPLÉTEZ)  NON

DATE OF APPLICATION / DATE DE DEMANDE	PROVINCE OR TERRITORY / PROVINCE OU TERRITOIRE	NUMBER OF ATTEMPTS / NOMBRE DE REPRISES
---------------------------------------	--	---

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?  YES (IF YES, COMPLETE)  NO  
 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?  OUI (SI OUI, COMPLÉTEZ)  NON

OCCUPATION / PROFESSION	DATE OF ISSUE / DATE DE DÉLIVRANCE	JURISDICTION / AUTORITÉ
-------------------------	------------------------------------	-------------------------

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 / AUTORITÉ
-------------------------	------------------------------------	-------------------------

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. Initial here/Initiales ici \_\_\_\_\_  
 Je suis conscient que cette demande demeurera valide pour une période de 3 ans à partir de la date d'approbation du bureau central.

**APPLICATION TYPE / CATÉGORIE DE LA DEMANDE :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CERTIFICATE OF QUALIFICATION<br>CERTIFICAT D'APTITUDE                                | <input type="checkbox"/> SPECIAL CIRCUMSTANCES<br>CAS SPÉCIAUX   |
| <input type="checkbox"/> PROVINCIAL CQ/DA FOR IP<br>CA/DA PROVINCIAL POUR LE SCEAU ROUGE IP                   | <input type="checkbox"/> SIGNIFICANT EXPERIENCE IN THE OCCUPATION (CERTIFICATE OF QUALIFICATION WITHOUT WRITTEN EXAM)<br>EXPÉRIENCE SIGNIFICATIVE DANS LA PROFESSION (CERTIFICAT D'APTITUDE SANS EXAMEN ÉCRIT) |
| <input type="checkbox"/> IP HOLDER FROM ANOTHER JURISDICTION<br>TITULAIRE DE SCEAU ROUGE D'UNE AUTRE PROVINCE | <input type="checkbox"/> OTHER JURISDICTION SIGNIFICANT EXPERIENCE<br>EXPÉRIENCE APPRÉCIABLE D'UNE AUTRE PROVINCE  |
| <input type="checkbox"/> EQUIVALENT STANDARDS<br>NORMES ÉQUIVALENTES  | <input type="checkbox"/> WORK PERMIT (COMPULSORY OCCUPATION)<br>PERMIS DE TRAVAIL (PROFESSION OBLIGATOIRE)   |

**REQUIRED / REQUISE :** \_\_\_\_\_ **ELIGIBLE TO RECEIVE IP / ADMISSIBLE À RECEVOIR IP :**  YES / OUI  NO / NON

<input type="checkbox"/> READER LECTEUR	<input type="checkbox"/> READER WITH MEDICAL CERTIFICATE LECTEUR AVEC CERTIFICAT MÉDICAL	<input type="checkbox"/> TRANSLATOR TRADUCTEUR	<input type="checkbox"/> INTERPRETER INTERPRÈTE
--	---	---	--

**REMARKS / REMARQUES :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FEES / DROITS**

CASH, CHEQUE (PAYABLE TO THE MINISTER OF FINANCE), DEBIT, OR CREDIT / COMPTANT, CHÉQUE (PAYABLE AU MINISTRE DES FINANCES, DÉBIT, OU CRÉDIT)

<u>CHECK THE FEE(S) APPLICABLE TO THE CLIENT</u> <u>VOIR LES FRAIS APPLICABLES AU CLIENT</u>	<u>* METHOD OF PAYMENT</u> <u>* MODE DE PAIEMENT</u>	<u>RECEIPT NUMBER</u> <u>NUMÉRO DU REÇU</u>	<u>DATE ISSUED</u> <u>DATE D'ÉMISSION</u>	<u>DATE OF EXAM</u> <u>DATE DE L'EXAMEN</u>
_____ \$150 IP HOLDER FROM ANOTHER JURISDICTION APPLICATION 150 \$ DEMANDE DE TITULAIRE DE SCEAU ROUGE D'UNE AUTRE PROVINCE	_____	_____	_____	_____
_____ \$150 EQUIVALENT STANDARDS APPLICATION 150 \$ DEMANDE DES NORMES ÉQUIVALENTES	_____	_____	_____	_____
_____ \$200 OTHER JURISDICTION SIGNIFICANT EXPERIENCE APPLICATION 200 \$ DEMANDE D' EXPÉRIENCE APPRÉCIABLE D'UNE AUTRE PROVINCE	_____	_____	_____	_____
_____ \$200 CERTIFICATE OF QUALIFICATION (WITHOUT WRITTEN EXAM) APPLICATION 200 \$ DEMANDE DE 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 \$ REPRISE D'EXAMEN DE CERTIFICAT D'APTITUDE	_____	_____	_____	_____
_____ \$350 PRACTICAL EXAMINATION/RE-EXAMINATION 350 \$ EXAMEN PRATIQUE / REPRISE 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)	_____	_____	_____	_____
SPECIFIC TO WATER AND WASTEWATER OPERATOR: SPÉCIFIQUE À L'OPÉRATEUR DE RÉSEAUX D'AQUEDUC ET D'ÉGOUTS : _____	_____	_____	_____	_____
REPLACEMENT DOCUMENTS: DOCUMENTS DE REMPLACEMENT : _____	_____	_____	_____	_____

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

DATE OF ISSUE / DATE DE DÉLIVRANCE	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° DE LA DEMANDE			

**PERSONAL / PERSONNEL**

GIVEN NAME / PRÉNOM	MIDDLE NAME / 2 <sup>e</sup> 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 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 vérifier mon entente d'apprentissage et/ou ma certification;
- d'aider à l'obtention et le maintien d'un emploi ainsi que pour de l'avancement;
- de déterminer mon admissibilité au programme d'apprentissage et de la certification dans d'autres autorités;
- d'aider à la mobilité de la main-d'œuvre entre provinces;
- de planifier des programmes;
- d'aider à la recherche du marché du travail;
- d'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)