



Demande de modifications relatives au personnel responsable

(also available in English)

Avis de confidentialité

Les informations personnelles que vous fournissez à Santé Canada se font conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels du Canada. Les renseignements personnels que vous fournissez sont recueillis en vertu de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et du Règlement sur les stupéfiants. Vos renseignements personnels seront utilisés dans le traitement de la demande de modifications relatives au personnel responsable. Ces informations peuvent être utilisées pour fournir des rapports à la direction. Ces informations peuvent aussi être utilisées à des fins de recherche, de planification, de vérifications et d'évaluation. Dans certains cas restreints et situations particulières, vos renseignements personnels pourraient être divulgués sans votre consentement conformément au paragraphe 8(2) de la Loi sur la protection des renseignements personnels. Le refus de fournir les renseignements demandés entraînera le refus de traiter la demande. Cette collecte de renseignements personnels est décrite dans Info Source : [Sources de renseignements du gouvernement fédéral et sur les fonctionnaires fédéraux Santé Canada](#). Vous avez le droit d'accéder à vos renseignements personnels, de demander l'accès à vos renseignements personnels et de les corriger. Pour obtenir de plus amples renseignements sur ces droits, veuillez communiquer avec le Coordinateur de la protection des renseignements personnels à Santé Canada à hc.privacy-vie.privee.sc@canada.ca. Vous avez également le droit de déposer une plainte auprès du commissaire à la protection de la vie privée si vous estimez que vos renseignements personnels ont été traités de façon inappropriée.

1. Numéro de licence**2. Nom et adresse du détenteur de licence**

Nom du détenteur de licence				
Adresse				
Ville		Province		Code postal
Nom de la personne-ressource				
Numéro de téléphone		Courriel		

3. Adresse postale (si différente de l'adresse du détenteur de licence)

Adresse				
Ville		Province		Code postal

4. Modifications relatives au personnel responsable

Cocher toutes les cases qui s'appliquent.

	Modifications proposées au personnel responsable	Sections de cette demande à remplir
	Responsable de l'installation	5, 9 et 10
	Personne qualifiée responsable (PQR)	6, 9 et 10
	Personne qualifiée responsable suppléante (PQRS)	7, 9 et 10
	Personne autorisée à commander	8 et 9

5. Modification relative au responsable de l'installation

Nom du responsable de l'installation à retirer :			
Nom de famille		Prénom(s)	

Responsable de l'installation proposé :			
Nom de famille		Prénom(s)	
Titre			
Numéro de téléphone		Courriel	
Date de naissance	(AAAA-MM-JJ)		

6. Modification relative à la personne qualifiée responsable (PQR)

Nom de la personne qualifiée responsable à retirer :			
Nom de famille		Prénom(s)	
Personne qualifiée responsable proposée :			
Nom de famille		Prénom(s)	
Numéro de téléphone		Courriel	
Date de naissance	(AAAA-MM-JJ)		
Université, diplôme et année d'obtention			
Documents à l'appui	Copie du diplôme incluse, le cas échéant* Copie du relevé de notes incluse, le cas échéant* Copie de l'équivalence canadienne incluse, le cas échéant* Copie du curriculum vitae incluse		
Numéro de licence professionnelle* et province émettrice de la licence (le cas échéant)			
Horaire – Heures et jours de travail (p. ex., de 8 h à 16 h, du lundi au vendredi)			
Titre			
Nom et titre du superviseur sur les lieux			

* La PQR proposée doit être un pharmacien, un praticien de la médecine, un dentiste ou un vétérinaire inscrit auprès d'un organisme provincial de réglementation professionnelle, ou encore posséder un diplôme connexe en sciences. Dans ce dernier cas, il faut transmettre une copie du diplôme et du relevé de notes pour ce diplôme. Si le diplôme a été obtenu à l'extérieur du Canada, vous devez également fournir la preuve que le diplôme est reconnu par une université canadienne ou une association professionnelle canadienne.

Remplir ce tableau pour chaque lieu de travail supplémentaire de la PQR.

Cocher cette case si vous joignez des pages supplémentaires :

Nom du/des lieu(x) de travail supplémentaire(s)	
Numéro de licence du/des lieu(x) de travail supplémentaire(s)	
Titre dans le/les lieu(x) de travail supplémentaire(s)	
Heures de travail dans le/les lieu(x) de travail supplémentaire(s)	
Nom et titre du superviseur du/des lieu(x) de travail supplémentaire(s)	

* Les heures de la PQRP ne doivent pas se chevaucher entre les lieux de travail.

7. Modifications relatives à la personne qualifiée responsable suppléante (PQRS)

Remplir les tableaux de cette section pour chaque retrait et/ou ajout d'une PQRS.

Cocher cette case si vous joignez des pages supplémentaires :

Nom de la personne qualifiée responsable suppléante à retirer :			
Nom de famille		Prénom(s)	

Personne qualifiée responsable suppléante proposée :			
Nom de famille		Prénom(s)	
Numéro de téléphone		Courriel	
Date de naissance	(AAAA-MM-JJ)		
Université, diplôme et année d'obtention			
Documents à l'appui	Copie du diplôme incluse, le cas échéant* Copie du relevé de notes incluse, le cas échéant* Copie de l'équivalence canadienne incluse, le cas échéant* Copie du curriculum vitae incluse		
Numéro de licence professionnelle* et province émettrice de la licence (le cas échéant)			
Horaire – Heures et jours de travail			
Titre			

Nom et titre du superviseur sur les lieux

* La PQRS proposée doit être un pharmacien, un praticien de la médecine, un dentiste ou un vétérinaire inscrit auprès d'un organisme provincial de réglementation professionnelle, ou encore posséder un diplôme connexe en sciences. Dans ce dernier cas, il faut transmettre une copie du diplôme et du relevé de notes pour ce diplôme. Si le diplôme a été obtenu à l'extérieur du Canada, vous devez également fournir la preuve que le diplôme est reconnu par une université canadienne ou une association professionnelle canadienne.

Remplir ce tableau pour chaque lieu de travail supplémentaire de la PQRS.

Cocher cette case si vous joignez des pages supplémentaires :

Nom du/des lieu(x) de travail supplémentaire(s)	
Numéro de licence du/des lieu(x) de travail supplémentaire(s)	
Titre dans le/les lieu(x) de travail supplémentaire(s)	
Heures de travail dans le/les lieu(x) de travail supplémentaire(s)	
Nom et titre du superviseur du/des lieu(x) de travail supplémentaire(s)	

* Les heures de la PQRS ne doivent pas se chevaucher entre les lieux de travail.

8. Modifications relatives aux personnes autorisées à commander

Nom de la/des personne(s) autorisée(s) à commander à retirer :			
Nom de famille		Prénom(s)	
Nom de famille		Prénom(s)	
Nom de famille		Prénom(s)	

9. Déclarations relatives aux changements dans le personnel

Ces déclarations doivent être signées par le responsable de l'installation pour attester tout changement au personnel.

Remarque : Si un nouveau responsable de l'installation est proposé dans cette demande, le nouveau responsable de l'installation doit signer ces déclarations.

J'atteste par la présente qu'il s'agit des changements à apporter au personnel responsable.

J'atteste par la présente que la personne qualifiée responsable (PQR) et, le cas échéant, la personne qualifiée responsable suppléante (PQRS), ont la connaissance nécessaire de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRCDAS) et de ses règlements pour bien s'acquitter de leurs fonctions.

J'atteste par la présente que tous les renseignements et documents à l'appui fournis avec la présente demande sont, à ma connaissance, exacts, complets et conformes aux articles pertinents de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRCDAS) et de ses règlements d'application.

J'atteste par la présente que j'ai le pouvoir de lier le demandeur.

Responsable de l'installation :			
Nom de famille		Prénom(s)	
Signature		Date	(AAAA-MM-JJ)

10. Déclarations relatives au personnel désigné

Pour chaque personne requise, vous devez soumettre :

- La déclaration signée ci-dessous et
- Une copie de l'attestation de vérification du casier judiciaire délivrée au cours des 12 derniers mois.

Les demandeurs doivent présenter des attestations de vérification du casier judiciaire avec leurs demandes de modifications relatives au personnel responsable. Le Bureau des substances contrôlées (BSC) considérera qu'une attestation de vérification du casier judiciaire comme étant valide pendant douze (12) mois à compter de la date de délivrance. L'attestation de vérification du casier judiciaire doit être délivrée par la GRC ou un service de police local; elle ne doit pas être envoyée à notre bureau directement par la GRC ou le service de police local. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon d'obtenir une vérification du casier judiciaire, veuillez consulter le site Web sur la vérification du casier judiciaire de la GRC. Si une personne a résidé dans un autre pays au cours de l'une des 10 années précédentes, la demande doit également comprendre une attestation de vérification du casier judiciaire récente délivrée par un service de police de ce pays indiquant que la personne n'a pas été déclarée coupable, en tant qu'adulte, au cours des 10 années précédentes, d'une infraction qui, si elle avait été commise au Canada, aurait constitué une infraction désignée en matière de drogue.

Le défaut d'inclure les attestations de vérification du casier judiciaire peut entraîner le renvoi de votre demande.

J'atteste par les présentes que je n'ai pas été déclaré(e) coupable au cours des dix (10) dernières années, à titre d'adulte, d'une infraction désignée en matière de drogue ni au Canada, ni dans aucun autre pays, d'une infraction qui aurait constitué une infraction désignée en matière de drogue si elle avait été commise au Canada.

Responsable de l'installation		
Nom complet		
Signature	Date (AAAA-MM-JJ)	
Avez-vous résidé à l'extérieur du Canada au cours des 10 dernières années?		Oui Non
Dans l'affirmative, inclure l'attestation de vérification du casier judiciaire étrangère	Attestation de vérification du casier judiciaire canadienne jointe	

Personne qualifiée responsable proposée		
Nom complet		
Signature	Date (AAAA-MM-JJ)	
Avez-vous résidé à l'extérieur du Canada au cours des 10 dernières années?		Oui Non
Dans l'affirmative, inclure l'attestation de vérification du casier judiciaire étrangère	Attestation de vérification du casier judiciaire canadienne jointe	

Personne qualifiée responsable suppléante proposée*		
Nom complet		
Signature	Date (AAAA-MM-JJ)	
Avez-vous résidé à l'extérieur du Canada au cours des 10 dernières années?		Oui Non
Dans l'affirmative, inclure l'attestation de vérification du casier judiciaire étrangère	Attestation de vérification du casier judiciaire canadienne jointe	

*Il est possible de joindre des pages supplémentaires si l'on propose plus d'une personne qualifiée responsable suppléante.

11. Soumission

Envoyer ce formulaire de demande dûment rempli et tous les documents requis concernant les modifications proposées relatives au personnel responsable au Bureau des substances contrôlées à hc.cds-sdc.sc@canada.ca. Les modifications de licence doivent être soumises en utilisant le formulaire de demande de modification de licence de distributeur pour substances contrôlées.

Remarque : Le détenteur de licence devrait conserver une copie de tous les documents.