

Rapport d'examen d'acuité visuelle pour inspecteur en soudage

SECTION 1 : IDENTIFICATION DU CANDIDAT (en caractères d'imprimerie) :

Nom du candidat : _____ N° d'enregistrement : _____

*Courriel : _____

*Je comprends que toutes les communications officielles à venir me seront transmises par courrier électronique (courriel) et il est de ma responsabilité d'informer le Groupe CWB de tout changement de mon adresse électronique. _____

Initiales

SECTION 2 : EXIGENCES RELATIVES À LA VISION

Une preuve d'acuité visuelle satisfaisante, déterminée par un professionnel de la santé doit être fournie par tous les candidats faisant une nouvelle demande ou une demande de renouvellement de leur qualification. L'examen d'acuité visuelle doit avoir eu lieu dans les douze (12) mois précédant la date de réception de ce formulaire par le CWB.

L'acuité visuelle de près, avec ou sans verres correcteurs, doit permettre au candidat de lire au moins des caractères Jaeger 1 ou des caractères Times Roman N-4.5 ou des lettres équivalentes (d'une hauteur de 1,6 mm) à une distance d'au moins 30 cm avec un œil ou les deux yeux.

La soumission d'une prescription pour verres correcteurs en remplacement de ce formulaire n'est pas acceptable.

SECTION 3 : DÉCLARATION DE L'EXAMINATEUR

Je, _____, déclare avoir fait passer un test d'acuité visuelle

Nom de l'examineur (en caractères d'imprimerie)

à _____ le _____

Nom du candidat (en caractères d'imprimerie)

Date de l'examen (MM/JJ/AAAA)

Je déclare également que le candidat (cocher la case appropriée) :

Répond aux exigences d'acuité visuelle stipulées à la section 2 sans correction

Répond aux exigences d'acuité visuelle stipulées à la section 2 avec une correction

Ne répond pas aux exigences d'acuité visuelle stipulées à la section 2

Cochez une des cases suivantes :

Optométriste

Ophtalmologiste

Médecin

Infirmière autorisée

Autre professionnel qualifié (Demande initiale END uniquement - Les candidats de Niveau 3 ONGC doivent remplir le formulaire 509)

Nom de l'organisme : _____

Adresse : _____

Signature de l'examineur : _____ N° de tél. : _____

À l'usage exclusif du CWB :

Examiné par : _____

Date : _____

**VEUILLEZ JOINDRE CE RAPPORT DÛMENT REMPLI À VOTRE DEMANDE ET L'ENVOYER AU CWB.
CONSERVEZ UNE COPIE POUR VOS DOSSIERS.**