|  |  |
| --- | --- |
|  | **Conseil d’accréditation de l’Institut canadien des inspecteurs en santé publique** |
|  | **Formulaire D Certificat de stage** |
| **Le présent document atteste que :**  **Nom du candidat (en lettres d’imprimerie)**  **a suivi un stage ou une formation pratique sur le terrain conformément aux exigences du Règlement concernant le certificat d’inspection en santé publique (Canada) et régissant le conseil d’accréditation des inspecteurs en santé publique à**  **Nom de l’organisme agréé**  **De : À : Date Date**  **Sous la supervision du soussigné Nombre de rapports pratiques certifiés :**  **Nom et titre en lettres d’imprimerie du responsable de l’ISP ou de l’AHM**    **Signature Date** | |