

DÉCLARATION ET SIGNATURE DU CANDIDAT

Veuillez cocher tous les champs obligatoires.

* = Champ obligatoire

Je déclare avoir rempli cette demande aussi exactement que possible, et je fais, par la présente, une demande de licence pour le Fellow de CSI (FCSI^{MD}).

Je confirme que :

* Il n'y a eu aucune allégation avancée ou plainte portée contre moi de nature juridique, criminelle ou disciplinaire en relation avec ma conduite professionnelle.

-ou-

* Des allégations **ont été/sont** avancées ou des plaintes ont été/sont portées contre moi devant des instances judiciaires, criminelles ou disciplinaires, en relation avec ma conduite professionnelle ("Question relative à ma conduite professionnelle"). Je joins la documentation afférente à la question relative à ma conduite professionnelle, y compris les détails des mesures disciplinaires qui ont été prises à cet égard. Si je choisis cet énoncé, je comprends et conviens que cette documentation sera envoyée à CSI, et transmise au Comité de déontologie des titres professionnels.

-et-

* Je comprends que la demande sera assujettie aux procédures énoncées dans le Code de déontologie et le Processus de révision en cas de faute déontologique du FCSI^{MD}.

De plus, en signant ci-dessous, je consens à adhérer et à me conformer à ce qui suit :

Exigences relatives à l'expérience professionnelle

* Je déclare avoir travaillé dans le secteur des services financiers pour une période de sept (7) ans durant les dix (10) dernières années. Je comprends que cette déclaration sera vérifiée par CSI et que CSI communiquera avec la personne que j'ai désignée (à des fins de vérification seulement).

Exigences relatives à une recommandation

* Je déclare que mon supérieur me recommande pour le titre de FCSI^{MD}. Je comprends que cette déclaration sera vérifiée par CSI et que CSI communiquera avec la personne que j'ai désignée (à des fins de vérification seulement).

- Ou -

* Je déclare qu'un titulaire actuel du FCSI^{MD} me recommande pour le titre de FCSI^{MD}. Je comprends que cette déclaration sera vérifiée par CSI et que CSI communiquera avec la personne que j'ai désignée (à des fins de vérification seulement).

Exigences en matière d'apport au secteur

* Je conviens de me conformer aux exigences du FCSI^{MD} en matière d'apport au secteur, soit d'accumuler au moins 12 heures par année civile, tel qu'il est établi dans l'outil d'évaluation de l'apport au secteur des FCSI^{MD}.

Licence d'utilisation de la marque déposée

* Je comprends que CSI m'accorde une licence pour utiliser la marque déposée FCSI^{MD} pour une période d'un an et que si je ne renouvelle pas ma licence FCSI^{MD}, CSI mettra fin à ma licence d'utilisation de la marque déposée FCSI^{MD}.

* Signature du candidat :

*Date de la demande :

Pour visualiser l'outil d'évaluation de l'expérience du FCSI^{MD}, les exigences des FCSI^{MD} en matière de contribution au secteur, le Code de déontologie et la licence d'utilisation de la marque déposée FCSI^{MD}, veuillez vous référer à la section Professionnels de la finance sur le site des FCSI^{MD} au www.fcsi.ca.

MODALITÉS DE PAIEMENT

Les droits doivent être réglés en dollars canadiens. Le paiement peut être fait par mandat, par chèque certifié, par chèque (corporatif) de l'employeur ou par carte de crédit (Visa, MasterCard ou AMEX). Les chèques et mandats doivent être libellés à l'ordre de Formation mondiale CSI. Les demandes doivent être accompagnées du paiement approprié afin de permettre le traitement de votre inscription.

Veuillez inclure : Frais 275,00 \$ plus les taxes applicables* (Ces frais sont non remboursables.)

* NOTE: veuillez référer au https://www.csi.ca/student/fr_ca/student/policies/fees.xhtml#taxes - Renseignements fiscaux

Si vous détenez 2 de ces titres professionnels de CSI ou plus en règle (FCSI^{MD}, CIWM, PFP^{MD}, CIM^{MD} ou MTI^{MD}), vous pourriez être éligible pour un rabais :

Nombre de titres en règle de CSI que vous détenez	1	2	3	4
Rabais par titre	\$0	\$50	\$100	\$150
Coût par titre après le rabais	\$275	\$225	\$175	\$125

Paiement par : Mandat Chèque certifié Chèque (corporatif) de l'employeur, au montant de : _____ \$

Veuillez facturer : N° de compte d'entreprise (seulement si le payeur est l'employeur) _____ N°: _____ \$

Paiement par carte de crédit : Visa MasterCard Amex _____ \$

N° de la carte : _____ Date d'expiration (mois/année) : _____

Nom du titulaire : _____ Signature: _____

Veuillez cocher cette case si vous envoyez votre demande par télécopieur. Si vous télécopiez ce formulaire, vous devez payer par carte de crédit. Les demandes envoyées à la fois par télécopieur et par la poste peuvent donner lieu à une double facturation.

REMARQUE : Afin de respecter les normes PCI (Payment Card Industry), CSI n'acceptera pas les formulaires reçus par courriel qui renferment de l'information relative au paiement. Ces formulaires seront supprimés immédiatement. Pour éviter les retards, veuillez nous transmettre votre formulaire par télécopieur ou par la poste.

Obligatoire - Coordonnées pour la confirmation de l'expérience professionnelle

Veuillez indiquer les coordonnées d'une (ou des) personne(s) pouvant confirmer votre déclaration d'expérience professionnelle. Dans la présente demande, vous devez fournir les informations sur la durée de l'emploi pour chacun des postes que vous avez occupé. Cette information permettra à CSI de confirmer que les 7 années des 10 dernières années ont été respectées. Toutefois, nous vous donnons le choix de fournir une ou plusieurs personnes pouvant faire la vérification de votre expérience. Par exemple, si votre supérieur actuel est en mesure de confirmer toute votre expérience professionnelle, alors vous pouvez indiquer qu'une seule personne. Par contre, si votre supérieur actuel n'est pas en mesure de confirmer toute votre expérience professionnelle, vous devrez indiquer votre supérieur actuel (pour le poste actuel) ainsi qu'un ou plusieurs anciens supérieurs pouvant confirmer votre expérience pour chacun des autres postes que vous avez indiqué.

En fournissant ces coordonnées, vous acceptez que CSI conserve cette information à votre dossier et peut communiquer avec cette personne dans le seul but de vérifier votre déclaration.

De (Année /Mois) : _____ À (Année/Mois) : _____

Organisme : _____

Prénom: _____ Nom : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Langue de correspondance: Anglais Français

De (Année /Mois) : _____ À (Année/Mois) : _____

Organisme : _____

Prénom: _____ Nom : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Langue de correspondance: Anglais Français

De (Année /Mois) : _____ À (Année/Mois) : _____

Organisme : _____

Prénom: _____ Nom : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Langue de correspondance: Anglais Français

De (Année /Mois) : _____ À (Année/Mois) : _____

Organisme : _____

Prénom: _____ Nom : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Langue de correspondance: Anglais Français

De (Année /Mois) : _____ À (Année/Mois) : _____

Organisme : _____

Prénom: _____ Nom : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Langue de correspondance: Anglais Français

Obligatoire - Coordonnées de la personne qui accepte de parrainer

Veuillez indiquer les coordonnées de la personne qui confirmera votre déclaration de recommandation. En fournissant ces coordonnées, vous acceptez que CSI conserve cette information à votre dossier et peut communiquer avec cette personne dans le seul but de vérifier votre déclaration.

Prénom: _____ Nom : _____

Organisme : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Langue de correspondance: Anglais Français