



APPUI D'UN CHANGEMENT DE DÉSIGNATION DE SEXE SUR UN DOCUMENT D'IMMIGRATION, RÉFUGIÉS ET CITOYENNETÉ CANADA (IRCC)

De Date (AAAA-MM-JJ)

À Date (AAAA-MM-JJ)

Nom officiel du patient ▶ _____

Date de naissance du patient (AAAA-MM-JJ) ▶ _____

Ma profession du domaine de la santé est la suivante :

Médecin praticien (exemple : médecin, psychiatre, chirurgien)

Psychologue

J'ai traité ou évalué le patient _____ né(e) le _____
(Nom complet actuel du patient) Date de naissance du patient (AAAA-MM-JJ)
dans le but de confirmer l'identité de genre.

Je confirme que la désignation de sexe apparaissant sur l'actuel document d'IRCC du demandeur ne correspond pas à l'identité de genre dans laquelle il vit et qu'il est approprié de demander un changement de désignation de sexe afin de passer de : _____ à : _____
(désignation de sexe actuelle) (désignation de sexe demandée)

Je confirme que je suis un membre en règle de l'organisme de réglementation indiqué ci-dessous.

Nom du professionnel de la santé	Organisme de réglementation	
Numéro de certificat/permis/enregistrement (si à l'extérieur du Canada, veuillez joindre une preuve de qualification)		
Signature du professionnel de la santé	Date (AAAA-MM-JJ)	
Signé à :		
Ville/Municipalité/Village	État/Province	Pays