

**Post-Secondary Education and Training
Apprenticeship & Certification**



**Éducation post-secondaire et formation
Apprentissage et Certification**

**REQUEST FOR REPLACEMENT
OF IDENTIFICATION CARDS**

**DEMANDE DE REMPLACEMENT
DE CARTES D'IDENTITÉ**

470, rue York Street
P.O. Box 6000 / B.P. 6000
Fredericton, NB E3B 5H1

S.I.N. N.A.S.	CLIENT ID No. N° D'IDENT. DU CLIENT	REGION RÉGION
------------------	--	------------------

OCCUPATION NAME / NOM DE LA PROFESSION	OCC. CODE CODE PROF.	APPLICATION NO. N° D'IDENT. DE LA DEMANDE
--	-------------------------	--

PERSONAL / PERSONNELLE

SURNAME / NOM DE FAMILLE	GIVEN NAME / PRÉNOM	PREVIOUS SURNAME NOM DE FAMILLE PRÉCÉDANT	DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE Y/A M D
--------------------------	---------------------	--	--

MAILING ADDRESS / ADRESSE POSTALE	TELEPHONE / TÉLÉPHONE
-----------------------------------	-----------------------

REPLACEMENT OF DOCUMENTS / REMPLACEMENT DE DOCUMENTS

Replacement requested Remplacement demandé	Number issued on document Numéro du document émis	Date issued Date émis	Pocket identification card Carte d'identité format poche
<input type="checkbox"/> Certificate of Qualification / Certificat d'aptitude			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diploma of Apprenticeship / Diplôme d'apprentissage			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Letter of Authenticity / Lettre d'authenticité			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Interprovincial Red Seal / Sceau Rouge Interprovincial			<input type="checkbox"/>

Reason for replacement / Raison du remplacement : _____

(If reason for replacement is "worn out" cards or errors on card, old cards must be returned to Apprenticeship and Certification Branch at the above address)
(Si le remplacement est demandé en raison de l'usure de la carte ou d'une erreur sur celle-ci, veuillez retourner la vieille carte à la Direction de l'Apprentissage et Certification à l'adresse ci-haut mentionné)

Signature of Journeyman/ Signature du compagnon

Date

CONSENT TO DISCLOSE INFORMATION: I authorize the New Brunswick Department of Post-Secondary Education and Training to disclose information respecting my participation in the apprenticeship and/or certification program for the purposes of providing verification of my certification assisting in securing and promoting employment; determining my eligibility for apprenticeship and certification programs in other jurisdictions; assisting inter-provincial labour mobility; program planning and labour market research.

CONSETEMENT DE DIVULGATION D'INFORMATIONS: J'autorise le ministère de l'Éducation post-secondaire et Formation du Nouveau-Nouveau-Brunswick à divulguer toute information à ma participation au programme d'apprentissage et/ou de certification dans le but de fournir la vérification de ma certification aidant à l'avancement et/ou à l'obtention d'un emploi; pour déterminer mon admissibilité au programme d'apprentissage et de certification dans d'autres juridictions; à aider à la mobilité de la main-d'œuvre, à la planification de programme entre provinces, et à la recherche au marché du travail.

Signature of applicant / Signature du candidat

Date

