

Post-Secondary Education, Training and Labour  
Apprenticeship & Certification



Éducation postsecondaire, Formation et Travail  
Apprentissage et Certification

**CONSENT TO DISCLOSE INFORMATION**

(Please fill out form and return to address below)



DEPARTMENT USE ONLY  
RÉSERVÉ AU MINISTÈRE

**CONSETEMENT DE DIVULGATION D'INFORMATIONS**

(Remplir le formulaire et retournez à l'adresse ci-dessous)

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

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	MIDDLE NAME / 2° PRÉNOM	PREFERRED NAME / PRÉNOM PRÉFÉRÉ
PREVIOUS SURNAME / NOM DE FAMILLE PRÉCÉDANT	DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE Y / A      M      D / J	S.I.N. / N.A.S.	MEDICARE No. / N° ASS. MÉDICALE
MAILING ADDRESS / ADRESSE POSTALE	CITY OR TOWN / CITÉ OU VILLE	PROV.	POSTAL CODE POSTAL      TELEPHONE / TÉLÉPHONE

**CURRENT EMPLOYER / EMPLOYEUR ACTUEL**

NAME AND ADDRESS OF EMPLOYER NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	EMPLOYER NUMBER NO. DE L'EMPLOYEUR	NATURE OF WORK GENRE DE TRAVAIL	FROM / DU Y/A - M - D/J	TO / AU Y/A - M - D/J

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

**CONSETEMENT DE DIVULGATION D'INFORMATIONS:** J'autorise le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail du Nouveau-Brunswick à divulguer toute information à ma participation au programme d'apprentissage et/ou au programme de certification dans le but de vérifier ma certification aidant à l'obtention et le maintien d'un emploi ainsi que pour de l'avancement; 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, ainsi que pour la recherche au marché du travail.

Signature of applicant / Signature du candidat

Date

