

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

**Éducation postsecondaire, Formation et Travail
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 l'ancienne carte à la Direction de l'Apprentissage et Certification à l'adresse ci-haut mentionnée)

Signature of Journeyman/ Signature du compagnon

Date

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.

CONSENTEMENT 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

