



PROGRAMME DE QUALIFICATION DES CIRP (CHARTERED INSOLVENCY AND RESTRUCTURING PROFESSIONAL)  
/PAIR (DES PROFESSIONNELS AGRÉÉS DE L'INSOLVABILITÉ ET DE LA RÉORGANISATION)

## SECTION D Convention du surveillant d'examen et Entente de confidentialité

Nom : \_\_\_\_\_

Nom du bureau/entreprise : \_\_\_\_\_

Téléphone d'affaires : \_\_\_\_\_

\*\*\*\*

Nom du/de la candidat(e) : \_\_\_\_\_

Nom du/de la candidat(e) : \_\_\_\_\_

Nom du/de la candidat(e) : \_\_\_\_\_

- J'accepte la charge de surveillant d'examen telle qu'elle est décrite dans les présentes et dans la trousse d'information sur le CPCl.
- Je m'engage personnellement à assurer la confidentialité des documents d'examen qui me seront fournis avant l'examen et à en garantir la sécurité.
- Je m'engage à ne pas laisser la pièce d'examen tant que l'examen ne sera pas terminé.*** Si je dois quitter la pièce d'examen à tout moment pendant l'examen, je prendrai les dispositions nécessaires pour trouver un remplaçant et produirai un rapport à l'intention du bureau du registraire, signé par moi-même et la personne qui m'a remplacé(e).
- Advenant que je sois dans l'impossibilité d'assumer ma charge de surveillant d'examen, je m'engage à trouver un substitut compétent et à en informer le bureau du PQC sans délai afin que les dispositions nécessaires puissent être prises.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date



PROGRAMME DE QUALIFICATION DES CIRP (CHARTERED INSOLVENCY AND RESTRUCTURING PROFESSIONAL)  
/PAIR (DES PROFESSIONNELS AGRÉÉS DE L'INSOLVABILITÉ ET DE LA RÉORGANISATION)

**SECTION E**                      **Consentement du syndic autorisé en insolvabilité à évaluer les travaux pratiques de réflexion (à remplir par le SAI)**

Nom : \_\_\_\_\_

Nom du bureau : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Téléphone d'affaires : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

\*\*\*\*

Nom du/de la candidat(e) : \_\_\_\_\_

Nom du/de la candidat(e) : \_\_\_\_\_

Nom du/de la candidat(e) : \_\_\_\_\_