

**Annexe
Attestation du cabinet/de la firme**

Note importante

Veillez prendre note que les informations fournies pourront être validés par les employés de l'Autorité des marchés financiers.

PARTIE 1 - À COMPLÉTER PAR LE POSTULANT OU LE REPRÉSENTANT

SECTION A - IDENTIFICATION CONCERNANT LE POSTULANT OU LE REPRÉSENTANT

Nom du postulant / représentant		N° de client (10 chiffres)	
------------------------------------	--	-------------------------------	--

SECTION B - DÉCLARATION DE LA SECONDE OCCUPATION

Seconde occupation déclarée	
-----------------------------	--

SECTION C - DÉCLARATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS

Je déclare que les renseignements fournis pour cette demande sont exacts et complets. Je joins toutes les pièces justificatives exigées pour le traitement de ma demande.

Je consens à ce que l'Autorité communique avec le cabinet ou la firme identifié à la partie 2 pour qui j'exercerai mes activités pour tout ce qui concerne le contenu du présent formulaire de même que ses annexes.

M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom(s)	Nom	
M. <input type="checkbox"/>			
Signature		Date	____ / ____ / ____ année / mois / jour

PARTIE 2 - À COMPLÉTER PAR LE DIRIGEANT RESPONSABLE DU CABINET OU LE CHEF DE LA CONFORMITÉ DE LA FIRME

SECTION D - INFORMATIONS CONCERNANT LE DIRIGEANT OU CHEF DE LA CONFORMITÉ

Mme <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/>	Titre	
------------------------------	-----------------------------	-------	--

Prénom(s)		Nom	
-----------	--	-----	--

N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
---------------	--	-----	--	-----------------	--

Ville		Province		Code postal	
-------	--	----------	--	-------------	--

CABINET

Nom du cabinet		N° de client (10 chiffres)	
----------------	--	-------------------------------	--

N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
---------------	--	-----	--	-----------------	--

Ville		Province		Code postal	
-------	--	----------	--	-------------	--

**Annexe
Attestation du cabinet/de la firme**

Est-ce que vous avez été avisé et consentez-vous à ce que cette personne occupe une seconde occupation dans un autre domaine parallèlement aux fonctions qu'elle exerce chez vous?

Oui Non

Je reconnais qu'à titre de dirigeant responsable du cabinet / chef de conformité de la firme il est de ma responsabilité de m'assurer que cette personne exercera cette seconde occupation en conformité avec les lois et règlements, notamment en m'assurant que la seconde occupation déclarée dans le présent formulaire n'entre pas en conflit d'intérêts avec ses activités du domaine des services financiers.

Oui Non

SECTION E - DÉCLARATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS

Je déclare que les renseignements fournis pour cette demande sont exacts et complets.

M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom(s)		Nom	
M. <input type="checkbox"/>				
Signature			Date	_____/_____/_____ année / mois / jour