Ontario

Ministry of Labour, Immigration, Training and Skills Development

Ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences

Modular Training Report
Rapport de formation modulaire

The Ministry uses relevant personal information, including your Social Insurance Number, to administer the modular training program. This personal information is collected by the Ministry of Labour, Immigration, Training and Skills Development under sections 105 to 106.2 of R.R.O. 1990, Regulation 851; sections 11 to 11.3 of R.R.O. 1990, Regulation 854; and section 20 of O. Reg. 278/05 under the *Occupational Health and Safety Act*, R.S.O. 1990, chapter O.1. If you have any questions about this collection of information, contact the Director of Apprenticeship, Ministry of Labour, Immigration, Training and Skills Development, 2nd Floor, 33 Bloor St East, Toronto ON M7A 2S3, 416-326-5656 or 1-800-387-5656.

Le ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences se sert de renseignements personnels pertinents, y compris votre numéro d'assurance sociale, pour administrer le programme de formation modulaire. Il recueille ces renseignements en vertu des articles 105 à 106.2 du R.R.O. 1990, Règl. 851; des articles 11 à 11.3 du R.R.O. 1990, Règl. 854; et de l'article 20 du Règl. de l'Ont. 278/05, en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, L.R.O. 1990, chap. O.1. Si vous avez des questions sur cette collecte de renseignements, adressez-les au directeur de l'apprentissage, ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences, 2e étage, 33, rue Bloor Est, Toronto ON M7A 2S3, 416-326-5656 ou 1-800-387-5656.

Please return a copy of the form to your local Ministry of Labour, Immigration, Training and Skills Development office.

Veuillez retourner une copie de ce formulaire au bureau local du ministère.

1. Program Information / Renseignements sur le programme

Program Name / Nom du programme	Program No. / N° du programme

2. Trainee Information / Renseignements sur le candidat ou la candidate

Social Insurance No. / N° d'Assurance Social	Date of Birth / Date de naissance (Day / Jour, Month / Mois, Year / Année)	Telephone No. / N° de téléphone

Last Name / Nom de famille	First Name / Prénom	Initial / Initiale

Address / Adresse	Apt / App.	City / Ville	Province	Postal Code / Code postal
				-

Email /Courier

3. Employer Information / Renseignements sur l'employeur

Employer I.D. No. / N° de l'employeur	Employer Telephone No. / N° de téléphone de l'employeur	Supervisor Program / Program de superviseur
		☐ Yes / Oui ☐ No / Non

Email /Courier

I attest to the successful completion of the following modules. / J'atteste que les modules suivants ont été terminés avec succès.

Module No. / N° du Module	Module Name / Nom du Module	D/J M/M Y/A

Signature of **Trainee** / Signature du **Candidat** ou de la **Candidate** — X

Date (dd/mm/yyyy) / (jj/mm/aaaa)

Certification

I hereby certify that the above employee has demonstrated competency in the modules listed above according to the MLITSD Training Standard

Je certifie par les présentes que le candidat ou la candidate a réussi aux examens sur le rendement et les connaissances spécifiés pour les modules ci-dessus, conformément aux normes de formation du MTIFDC.

Name of Signing Authority / Nom du Signataire Autorisé Please **print** name / Veuillez écrire en lettres **moulées**	Signature X	Date (dd/mm/yyyy) / (jj/mm/aaaa)

Print Form / Imprimer Clear Form / Effacer

 © King's Printer for Ontario, 2023/ © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023

Copy 1 / Copie 1 - MLITSD / MTIFDC **Copy 2 / Copie 2 -** Trainee / Candidat ou Candidate **Copy 3 / Copie 3 -** Employer / Employeur