

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC
1440, rue Ste-Catherine Ouest
Bureau : 320
Montréal, QC H3G 1R8

DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE L'ÉQUIVALENCE DE DIPLÔME

A. IDENTITÉ DU CANDIDAT

Nom de famille

Sexe M F

Prénom

Date de naissance

Langue maternelle

Langue d'usage

____/____/____
Jour Mois Année

Français Anglais Autre Français Anglais Autre

B. RÉSIDENCE PERMANENTE

Numéro

Rue/ Route rurale/ Case postale

Appartement

Ville

Province

Code postal

(Indicatif régionale) Téléphone

C. AUTRES RENSEIGNEMENTS

Citoyen Canadien

Autre

Précisez :

:

Canadien

Résident permanent

Aucun visa

visa d'étudiant

Autre

Pays de citoyenneté (si non citoyen Canadien)

D. ÉTUDES

NIVEAU

INSTITUTION (NOM ET ADRESSE)

SECTEUR

ANNÉE
DE GRADUATION

Diplôme

Secondaire ou Lycée _____

secondaire

Cégep ou collège _____

INHALOTHÉRAPIE

Université _____

Autre _____

E. EMPLOYEURS (EN COMMENÇANT PAR LE PLUS RÉCENT)

Nom de l'employeur

Adresse

Téléphone

Titre

Statut

Champ

Période (de à de)

Nom de l'employeur

Adresse

Téléphone

Titre

Statut

Champ

Période (de à de)

Nom de l'employeur

Adresse

Téléphone

Titre

Statut

Champ

Période (de à de)

F. SIGNATURE

Je certifie par la présente que les renseignements donnés dans cette formule sont vrais, exacts et complets sous tous les rapports

Retourner à : OPIQ

1440, Sainte-Catherine Ouest, Bureau : 320
Montréal, QC H3G 1R8