

FORMULAIRE D'IDENTIFICATION DU CANDIDAT

DEMANDE D'ÉQUIVALENCE DE DIPLÔME

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	
Nom : _____ Prénom : _____	
Adresse : _____ _____	
Téléphone : _____ Cellulaire : _____	
Courriel : _____	
Date de naissance (jour/mois/année) : _____	
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
Langue maternelle <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais Autre : _____	Langue d'usage <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
<input type="checkbox"/> Citoyen canadien	<input type="checkbox"/> Résident permanent

ÉTUDES		
Niveau	Institution	Année graduation
Collégial	_____	_____
Universitaire	_____	_____
Autre	_____	_____

EMPLOYEURS (EN COMMENÇANT PAR LE PLUS RÉCENT)	
1. _____ Employeur	
Titre _____	Années _____
2. _____ Employeur	
Titre _____	Années _____
Par la présente, je certifie que les renseignements fournis sont vrais, exacts et complets sous tous les rapports	
Date : _____	Signature _____

Veuillez retourner le présent formulaire dûment rempli et signé à (inclure une photo format passeport):

Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 721

Montréal (Québec) H3G 1R8

Télécopieur : 514 931.3621 | Courriel : adjointe.tableaumembres@opiq.qc.ca