

FORMULAIRE DE DEMANDE
COVID-19 — ÉTAT D'URGENCE SANITAIRE :



VEUILLEZ TÉLÉCHARGER LE FORMULAIRE, LE REMPLIR, PUIS L'ENREGISTRER AVANT DE LE RETOURNER

1. IDENTIFICATION

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Ville :		Province :	Code postal :
Téléphone :		Cellulaire :	
Adresse de courrier électronique :			
Date de naissance :			
Langue (s) parlée (s)	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Autre (s) :
Sélectionner une option :			
<input type="checkbox"/>	Membre non actif – de 5 ans ou ancien membre – de 5 ans		
Numéro de permis :		Dernière année d'inscription au Tableau de l'Ordre :	
<input type="checkbox"/>	Étudiant de 3 ^e année (à condition qu'il vous reste au maximum l'équivalent d'une session à temps plein pour terminer le programme d'études <i>Techniques d'inhalothérapie</i>)		
Nom de l'établissement d'enseignement :			
<input type="checkbox"/>	Externat : Étudiant ayant réussi tous les cours de discipline spécifiques des 2 premières années du programme d'études <i>Techniques d'inhalothérapie</i> , depuis 20 mois et moins		
Joindre les documents suivants <u>seulement si vous avez coché la case externat</u> :			
✓	Formulaire d'attestation de l'employeur		
✓	Formulaire d'attestation de réussite de l'étudiant en inhalothérapie		

2. DÉCISION JUDICIAIRE OU DISCIPLINAIRE

Avez-vous fait l'objet d'une décision judiciaire vous déclarant coupable d'une infraction criminelle ou pénale (tribunal canadien ou étranger)?

Oui Non

Avez-vous fait l'objet d'une décision disciplinaire (conseil de discipline d'un autre ordre professionnel ou d'une association professionnelle hors Québec) vous imposant la révocation d'un permis ou la radiation du Tableau ?

Oui Non

Si vous avez répondu « oui » à l'une de ces questions, veuillez fournir tous les renseignements pertinents, y compris tous les documents en votre possession, liés à cette décision.

3. TRANSMISSION

- ✓ Votre autorisation spéciale est **liée à un employeur** : joindre la communication reçue par l'employeur attestant que votre candidature est retenue.
- ✓ Votre autorisation spéciale n'est **pas liée à un employeur** : avec votre consentement, l'OPIQ peut agir comme intermédiaire.

J'accepte que ma candidature soit communiquée aux établissements

Région(s) : _____

1. Bas-Saint-Laurent; 2. Saguenay–Lac-Saint-Jean; 3. Capitale-Nationale; 4. Mauricie et Centre-du-Québec; 5. Estrie; 6. Montréal; 7. Outaouais; 8. Abitibi-Témiscamingue; 9. Côte-Nord; 10. Nord-du-Québec; 11. Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine; 12. Chaudière-Appalaches; 13. Laval; 14. Lanaudière; 15. Laurentides; 16. Montérégie; 17. Nunavik; 18. Terres-Cries-de-la-Baie-James

4. DÉCLARATION

Je soussigné(e) déclare et affirme solennellement que les renseignements donnés dans le cadre de cette demande sont, à ma connaissance, complets, véridiques et authentiques.

Je comprends que tout faux renseignement que je présente à l'appui de ma demande pourra entraîner son rejet.

Signature : _____ Date : _____

- ✓ Veuillez retourner ce formulaire dûment rempli et signé par courriel à ti@opiq.qc.ca.