

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 : | | | |
| Moins de 70 ans | | | |
| <input type="checkbox"/> | Membre non actif ou ancien membre moins de 5 ans | | |
| <input type="checkbox"/> | Membre non actif ou ancien membre plus de 5 ans — Dépistage et vaccination | | |
| <input type="checkbox"/> | Membre non actif ou ancien membre plus de 5 ans — Soins cardiorespiratoires généraux (5 formations obligatoires) | | |
| 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. 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.