

LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE REMPLIR LE FORMULAIRE :

Vous n'avez pas exercé votre profession au cours des 3 dernières années

Obligation

Vous devez remplir le présent formulaire et nous le faire parvenir au moins 3 mois avant votre retour au travail

IDENTIFICATION ET ADRESSE DE RÉSIDENCE		
Nom	Prénom	
Adresse		
Adresse (suite)		
Ville	Province	Code postal
Téléphone	Cellulaire	

COURRIEL DE COMMUNICATION	
Adresse électronique <hr/>	Vous êtes tenu de nous fournir une adresse courriel comprenant soit votre prénom, soit votre nom de famille ou les deux informations. Pour des considérations environnementales et d'efficacité, l'Ordre vous informe par courriel.

En tant que membre de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, **vous êtes informé par courriel** des activités de formation, de nos nouveautés et de toutes autres informations pertinentes à la profession.

Afin de répondre aux exigences de la *Loi canadienne antipourriel et les autres menaces électroniques*, nous devons **obtenir votre consentement** pour vous faire parvenir nos communications électroniques à caractère commercial. **Cochez les cases :**

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Je consens à recevoir la revue <i>l'inhalo</i> | <input type="checkbox"/> Je consens à recevoir les offres corporatives (par courrier ou par courriel) |
| <input type="checkbox"/> Je consens à recevoir l'infolettre (congrès, formation continue, journée des responsables, etc.) | <input type="checkbox"/> Je consens à figurer sur la liste de sollicitation téléphonique de La Capitale |
| <input type="checkbox"/> Je consens à recevoir les offres d'emploi | <input type="checkbox"/> Je consens à partager mon adresse courriel afin de bénéficier d'avantages aux membres (exemple : Nautilus) |

EN TOUT TEMPS, IL VOUS SERA POSSIBLE DE VOUS DÉSABONNER.

ATTENTION ! VOUS NE RECEVREZ PAS L'INFORMATION POUR LES CASES NON COCHÉES.

RENSEIGNEMENTS DISCIPLINAIRES (OBLIGATOIRE)En vertu de l'article 45.2 du *Code des professions*

Avez-vous fait l'objet d'une décision disciplinaire d'un autre ordre professionnel ou d'une autre association du Québec ou à l'étranger vous imposant une sanction ?

- OUI *Si oui, fournir en annexe la date de la décision, la nature de l'infraction de même que la nature de la sanction canadienne ou étrangère de toute décision portée contre vous.*
- NON

RENSEIGNEMENTS JUDICIAIRES (OBLIGATOIRE)En vertu de l'article 45.2 du *Code des professions*

Avez-vous fait l'objet d'un jugement d'un tribunal canadien ou étranger vous déclarant coupable d'une infraction criminelle ? (Répondez non si vous avez obtenu un pardon)

- OUI *Si oui, fournir en annexe la date du jugement, le numéro de dossier de la cour, une copie de la décision judiciaire et vos explications écrites sur les circonstances (contexte) ayant conduit à la commission de l'infraction.*
- NON

RÉCLAMATIONS EN RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE (OBLIGATOIRE) En vertu de l'article 62.2 du *Code des professions*

Avez-vous reçu la signification d'un recours (action civile) en responsabilité professionnelle intenté contre vous ?

- OUI *Si oui, transmettre une **copie certifiée conforme** de la procédure à Me Andréanne LeBel.*
- NON

EXPÉRIENCE DE TRAVAIL (DEPUIS VOTRE RADIATION DU TABLEAU DES MEMBRES)

1. Nom de l'employeur

Secteur d'activité

Année

2. Nom de l'employeur

Secteur d'activité

Année

LIEU PRINCIPAL D'EXERCICE ET DOMICILE PROFESSIONNEL (OBLIGATOIRE) En vertu de l'article 60 du *Code des professions*Exemple de nom d'installation valide

Réponse : Hôpital de Hull

Exemple de nom d'installation invalide

Réponse : CISSS de l'Outaouais

Nom de l'installation où vous exercez principalement vos activités

Téléphone

Poste

Télécopieur

Titre de l'emploi

Statut de l'emploi

Secteur d'activité principale**Secteur d'activité secondaire****Secteur d'activité secondaire****Secteur d'activité secondaire**

Code du secteur

Code du secteur

Code du secteur

Code du secteur

2^e LIEU DE TRAVAIL

Nom de l'installation

Téléphone

Poste

Titre de l'emploi

Code du secteur
d'activité**Titre d'emploi**

110	Enseignant (e)	114	Coordonnateur clinique/technique	120	Coordonnateur de programme
111	Responsable de service	115	Autre	123	Intervenant pivot
112	Assistant chef inhalothérapeute	116	Chef de programmes	124	Chargé d'enseignement clinique
113	Inhalothérapeute	118	Coordonnateur (CEGEP)	125	Conseiller clinique

Statut de l'emploi

200	Temps plein	201	Temps partiel	202	Occasionnel
-----	-------------	-----	---------------	-----	-------------

Secteur d'activités

300	Soins cardiorespiratoires généraux	309	Rééducation respiratoire	319	Groupe de médecine familiale (GMF)
301	Soins critiques et urgences	310	Centre d'enseignement sur Asthme/MPOC/Tabac	320	Épreuves diagnostiques de la fonction cardiaque (effort)
302	Assistance anesthésique	311	Recherche	322	Enseignement aux pairs, professionnels, stagiaires et RCR
303	Épreuves diagnostiques de la fonction respiratoire	312	Clinique de gestion de la douleur	323	Sédation-analgésie
304	Cardiologie et hémodynamie	313	Calorimétrie	324	Laboratoire de simulation
305	Épreuves diagnostiques du sommeil	314	Autre		
306	Soins à domicile	317	Gestion (responsable, coordonnateur, ...)		

DOMICILE PROFESSIONNEL / ATTESTATION DE VÉRACITÉ (DÉCLARATIN OBLIGATOIRE)**OBLIGATOIRE ! Prenez connaissance, cochez et signez.**

- Je comprends que le domicile professionnel est le lieu où j'exerce principalement ma profession et que cette information (adresse et numéro de téléphone) est accessible à toute personne qui en fait la demande ou consulte le site internet de l'Ordre.
- Je comprends que si je ne fournis pas à l'Ordre un lieu de travail principal, mon adresse personnel deviendra mon domicile professionnel et sera accessible à toute personne qui en fait la demande ou consulte le site internet de l'Ordre.
- Je **dois aviser** le Secrétaire de l'Ordre de tout changement de domicile **dans les 30 jours** à compter du changement.
- Je **dois aviser** le Secrétaire de l'Ordre de tout changement de statut **immédiatement** lors d'une modification à ma situation professionnelle.
- Je **dois aviser** le Secrétaire de l'Ordre dans les 10 jours à compter de celui où je suis informé d'une poursuite pour une infraction punissable de cinq (5) ans d'emprisonnement ou plus.
- Je déclare que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont vrais au meilleur de ma connaissance.**

DATE

SIGNATURE MANUSCRITE

ÉTAPE 1 - FRAIS D'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES

Vous **devez joindre** votre paiement avec le présent formulaire. Les frais sont de **517,39\$** (taxes incluses).

CHÈQUE Veuillez libeller votre chèque au nom de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (ou OPIQ) et inscrire votre numéro de permis sur le chèque

VISA MASTERCARD

Numéro de la carte : _____ Expiration : _____ CVC (code à 3 chiffres au verso) : _____

Signature manuscrite du titulaire : _____

Réservé à l'OPIQ

Inscription des frais d'études au dossier membre Initiale _____

ÉTAPE 2 - INSCRIPTION AU TABLEAU DES MEMBRES

<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cocher la catégorie qui s'applique à votre situation	Cotisation	TPS 5%	TVQ 9,975%	Assurance responsabilité professionnelle	Contribution obligatoire au financement de l'Office des professions du Québec	TOTAL À PAYER		
						Paiement en un seul versement	Paiement en 2 versements	
							1 ^{er} versement	2 ^e versement
<input type="checkbox"/> Membre actif privé avec assurance	429,00 \$	21,45 \$	42,79 \$	59,77 \$	29,00 \$	582,01 \$	358,39 \$	246,63 \$
<input type="checkbox"/> Membre actif public avec assurance	429,00 \$	21,45 \$	42,79 \$	13,99 \$	29,00 \$	536,23 \$	312,61 \$	246,63 \$
<input type="checkbox"/> Membre non actif (sans assurance)	243,00 \$	12,15 \$	24,24 \$		29,00 \$	308,39 \$	191,69 \$	139,70 \$

Un membre non actif n'est pas autorisé à poser d'activités professionnelles (voir alinéa 7 de l'article 37.1 du Code des professions)

INFORMATIONS

- **IMPORTANT !** Pour effectuer les stages ou les cours, vous devrez défrayer les coûts d'inscription au Tableau des membres. Faites parvenir un chèque à l'Ordre ou contacter l'*adjoite administrative au Tableau des membres* au 514-931-2900 poste 21 pour payer par carte de crédit.
- Le paiement en 2 versements (chèque) est disponible seulement pour ceux qui se réinscrivent avant le 1^{er} septembre 2022. Dates de vos chèques : date du jour et le 1^{er} septembre 2022.