

DEMANDE DE PERMIS DE TECHNOLOGUE EN PROTHÈSES ET APPAREILS DENTAIRES DU QUÉBEC

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : _____

Prénom: _____

Date de naissance : _____

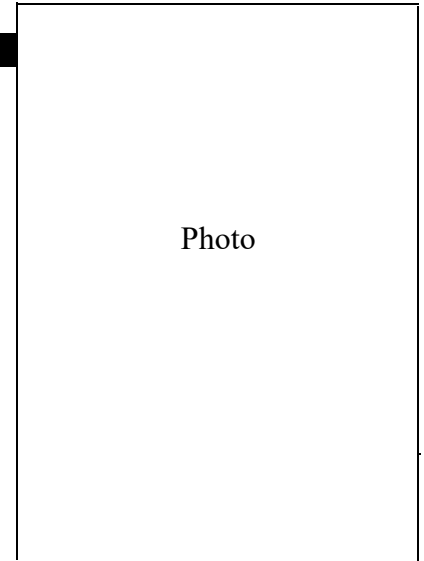
Lieu de naissance : _____

Sexe :

Féminin Masculin

Langue parlée :

Français Anglais Autre: _____



Adresse et coordonnées résidentielles

Adresse	Ville	Région administrative
---------	-------	-----------------------

Pays	Province	Code postal
------	----------	-------------

Téléphone	Cellulaire	Courriel
-----------	------------	----------

EDUCATION (Veuillez indiquer seulement les diplômes en lien avec la technique dentaire)

Domaine du diplôme : _____

Degré du diplôme : _____

Titre du diplôme : _____

Nom de l'institution : _____

Année de diplomation : _____

Pays et ville : _____

LIEUX D'EXERCICE PROFESSIONNEL (si applicable)

Nom de l'organisation : _____

Adresse

Ville

Pays

Province

Code postal

Courriel

Cellulaire

Téléphone

Date de début de l'emploi : _____

LIEN D'EMPLOI

Propriétaire

Employé(e) temps plein

Employé(e) temps partiel

Employé(e) occasionnel

TITRE D'EMPLOI

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire | <input type="checkbox"/> Directeur | <input type="checkbox"/> Étudiant |
| <input type="checkbox"/> Enseignant | <input type="checkbox"/> Représentant | <input type="checkbox"/> Autre |

Secteur (s) d'activité (s) dans lequel vous travaillez ou avez travaillé principalement.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Appareil orthodontique et spécialisé | <input type="checkbox"/> Prothèse amovible squelettée |
| <input type="checkbox"/> Enseignement | <input type="checkbox"/> Prothèse fixe (dento et implanto portée) |
| <input type="checkbox"/> Lecture radiographique et conception de guide chirurgical | <input type="checkbox"/> Sélection de couleur dentu-prothétique |
| <input type="checkbox"/> Prothèse amovible (muco et implanto portée) | <input type="checkbox"/> Vente |

CONNAISSANCE DU FRANÇAIS

En vertu de la Charte de la langue française tous les professionnels québécois doivent avoir une connaissance suffisante du français

Avez-vous suivi à temps complet au moins trois années d'enseignement de niveau secondaire ou postsecondaire dispensé en français?

- Oui
 Non

Avez-vous réussi les examens de français langue maternelle de la quatrième ou de la cinquième année du cours secondaire québécois?

- Oui
 Non

Depuis 1986, avez-vous obtenu un certificat d'études secondaires au Québec?

- Oui
 Non

Détenez-vous une attestation délivrée par l'Office québécois de la langue française ou une attestation définie comme équivalente par règlement du gouvernement?

- Oui
 Non

Préférence de communications

Coordonnées déclarées à la section Renseignements personnels

Adresse - Ville - Province - Pays

Code postal - Courriel - Téléphone

Langue de correspondance :

Français Anglais Autre : _____

DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Faites-vous actuellement l'objet d'une plainte disciplinaire devant un comité de discipline d'un ordre professionnel?

Oui Non

Si oui, joindre une copie de la plainte.

Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision disciplinaire d'un ordre professionnel? Si oui, joindre une copie de la décision finale.

Oui Non

Vous a-t-on déjà révoqué, limité ou suspendu votre permis d'exercice ?

Oui Non

Si oui, donnez les détails et joindre une copie de la décision.

Avez-vous déjà fait l'objet d'une radiation provisoire, temporaire ou permanente?

Oui Non

Si oui, donnez les détails et joindre une copie de la décision.

Vous a-t-on déjà refusé un permis d'exercice professionnel au Canada ou dans un autre pays?

Oui Non Si oui, expliquez les faits.

INFRACTIONS CRIMINELLES

Avez-vous déjà été reconnu coupable d'une infraction criminelle au Canada ou dans un autre pays?

Oui Non

Si oui, exposez les faits et joindre une copie du jugement de la Cour, le cas échéant.

COMMUNICATIONS ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En plus des communications essentielles, j'accepte de recevoir les communications promotionnelles en provenance de l'Ordre, incluant les privilèges et opportunités professionnelles.

Oui Non

Pour communication à des tiers qui opèrent des activités éducatives, professionnelles, commerciales ou philanthropiques liées au monde de la technique dentaire mon nom et les coordonnées de mon domicile professionnel.

Oui Non

Pour communication à des tiers qui opèrent des activités éducatives, professionnelles, commerciales ou philanthropiques qui ne sont pas liées au monde de la technique dentaire mon nom et les coordonnées de mon domicile professionnel.

Oui Non

ATTESTATION DE VÉRACITÉ

J'affirme solennellement que les déclarations contenues dans le présent document sont conformes à la vérité et j'autorise toute vérification nécessaire.

Date : _____

Signature du candidat : _____

DOCUMENTS OBLIGATOIRES

Une copie de votre certificat de naissance ;

Une photo récente format passeport ;

Copie du diplôme d'études collégiales (D.E.C.) ou copie du dernier bulletin ;

Copie des plaintes disciplinaires, décisions disciplinaires ou condamnations criminelles vous concernant ;

Paiement des frais obligatoires ;

Votre dossier sera analysé seulement sur réception de l'ensemble des documents requis.

PAIEMENT

Ces tarifs sont en vigueur pour la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021.

Paiement de 440.82\$ par carte de crédit : 225 \$ cotisation + taxes, + 29 \$ contribution à l'Office des professions + prime d'assurance responsabilité professionnelle 38,15 \$ + 100\$+ taxes frais d'ouverture et analyse de dossier).

Carte de crédit

VISA

MASTER CARD

N°de la carte : _____ Date d'exp. : _____

Nom du détenteur de la carte : _____

Signature : _____

Date : _____