



7151, rue Jean-Talon, Est, bureau 700

Anjou, (Québec) H1M 3N8

T: 514 351-2770 poste 254 Sans frais: 1 800 361-2001

Fax: 514 351-2658

Courriel: secretariat_general@oppq.qc.ca

DÉCLARATION DU MEMBRE RETRAITÉ

AVIS (art. 65 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ., c. A-2.1)

Les renseignements demandés au moyen du présent formulaire sont recueillis afin de permettre à l'OPPQ et à ses instances (Comité d'inspection professionnelle, bureau du syndic, etc.) d'assurer le contrôle de l'exercice de la profession de physiothérapeute et de technologue en physiothérapie. Ils permettront également de vérifier votre droit au statut de membre demandé et à la réduction de cotisation y correspondant.

Le défaut de fournir les renseignements demandés entraînera le refus de vous octroyer le statut de membre demandé et le paiement de la pleine cotisation vous sera exigé.

Vous pouvez en tout temps communiquer avec le secrétariat général (secretariat_general@oppq.qc.ca) pour obtenir une copie du formulaire transmis ou rectifier toute information y apparaissant.

Je soussigné(e), _____,
NOM DU MEMBRE

déclare au secrétaire de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, ce qui suit:

J'ai 55 ans et plus et j'ai cessé toute activité professionnelle
ou bénévole liée à la physiothérapie en date du :

_____ *ANNÉE | MOIS | JOUR*

Toute la période où je serai inscrit au Tableau à titre de membre retraité, je m'engage à :

- Ne pas exercer ma profession en physiothérapie
- Ne pas exercer une activité clinique se rapprochant de la physiothérapie, notamment l'ostéopathie, la kinésiologie ou la massothérapie
- Aviser par écrit et sans délai le secrétaire de l'Ordre, si je souhaite reprendre mes activités professionnelles, afin que les démarches appropriées soient entreprises en vue de rétablir mon droit d'exercice, le cas échéant.

Le membre retraité a le droit de :

- Donner occasionnellement des conseils généraux en physiothérapie et prodiguer des premiers soins
- Porter son titre professionnel accompagné de la mention « à la retraite » ou « retraité(e) ».

En foi de quoi, j'ai signé à _____
VILLE

ce _____

_____ *ANNÉE | MOIS | JOUR*

_____ *NOM DU MEMBRE EN LETTRES MOULÉES*

_____ *NUMÉRO DU MEMBRE*

X

_____ *SIGNATURE DU MEMBRE*

ACCEPTÉE LE:

Veuillez noter que pour être traitée, cette demande doit parvenir à l'OPPQ dans un délai raisonnable après Le début d'un départ à la retraite. Soumettre cette demande soit par courriel : secretariat_general@oppq.qc.ca ou par fax : 514-351-2658 ou bien par la poste au siège social à notre siège social.

*RÉSERVÉ AU SECRÉTAIRE
DE L'ORDRE*