

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 syndicat, 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

demande au secrétaire de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, de m'accorder une réduction de la cotisation professionnelle, en raison de mon congé de maladie.

À cette fin, je déclare ce qui suit:

- Je suis en congé de maladie pour une période **d'au moins 24 semaines consécutives**
- J'ai cessé mes activités professionnelles en date du : _____
ANNÉE | MOIS | JOUR
- Je n'ai pas exercé la profession **ou** je m'engage à ne pas exercer la profession jusqu'au : _____
ANNÉE | MOIS | JOUR
- J'accepte en conséquence qu'une mention de « non-exercice » soit inscrite au Tableau des membres de l'Ordre pour la période mentionnée ci-haut, et ce, tant que je bénéficierai d'une telle réduction de la cotisation professionnelle.
- Je m'engage à aviser par écrit et sans délai le secrétaire de l'Ordre, si le motif en vertu duquel j'aurai obtenu cette réduction de cotisation professionnelle venait à changer, afin que les démarches appropriées soient entreprises en vue de rétablir mon plein droit d'exercice, le cas échéant.

Veillez retourner ce formulaire en incluant le document suivant:

- Le billet médical signé par le médecin dans lequel on confirme la période d'absence au travail.

En foi de quoi, j'ai signé à _____ ce _____
VILLE *ANNÉE | MOIS | JOUR*

NOM DU MEMBRE EN LETTRES MOULÉES

NUMÉRO DU MEMBRE

X _____
SIGNATURE DU MEMBRE

ACCEPTÉE LE: