

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

demande au secrétaire de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, de m'accorder un remboursement de ma cotisation professionnelle en raison de mon statut d'étudiant à temps plein.

À cette fin, je déclare ce qui suit:

- Je détiens le statut d'étudiant à temps plein en date du _____
ANNÉE | MOIS | JOUR
- Je m'engage à aviser par écrit et sans délai le secrétaire de l'Ordre, si le motif en vertu duquel j'aurai obtenu ce remboursement de la cotisation professionnelle venait à changer.

Veuillez retourner ce formulaire en incluant le document suivant:

- ☐ La lettre du registraire de l'établissement d'enseignement, confirmant que vous avez le statut d'étudiant à temps plein.

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

NOM DU MEMBRE EN LETTRES MOULÉES

NUMÉRO DU MEMBRE

X

SIGNATURE DU MEMBRE

Veuillez noter que pour être traitée, cette demande doit parvenir à l'OPPQ dans un délai raisonnable après le début de votre statut d'étudiant à temps plein.

ACCEPTÉE LE:

RÉSERVÉ AU SECRÉTAIRE DE
L'ORDRE