

## DÉCLARATION DU MEMBRE QUI EXERCE HORS QUÉBEC

**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](mailto: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'exerce exclusivement mes activités professionnelles hors du Québec pour l'exercice **2024-2025** (du 1er avril 2024 au 31 mars 2025).
- Je m'engage à ne pas exercer ma profession au Québec, même ponctuellement, durant toute l'année de mon inscription au Tableau des membres de l'Ordre à titre de « membre qui exerce hors Québec ».
- Je m'engage à aviser par écrit et sans délai le secrétaire de l'Ordre, si je souhaite reprendre mes activités professionnelles au Québec, afin de rétablir mon droit d'exercice. Le cas échéant, je m'engage à verser à l'Ordre la différence entre la somme acquittée et le montant correspondant à la catégorie de cotisation « membre régulier ».

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:

RÉSERVÉ AU SECRÉTAIRE  
DE L'ORDRE