



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: sdumont@oppq.qc.ca

DÉCLARATION DU MEMBRE RETRAITÉ

Je soussigné(e), _____,
NOM DU MEMBRE

résidant au _____,
ADRESSE COMPLÈTE

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

- J'ai 55 ans et plus et j'ai pris une retraite permanente d'un emploi en physiothérapie et j'ai cessé toute activité professionnelle ou bénévole en lien avec la profession en date du

ANNÉE | MOIS | JOUR

- Je m'engage à ne pas exercer ma profession, durant toute l'année de mon inscription au Tableau des membres de l'Ordre à titre de membre retraité mais je peux donner à l'occasion des conseils en physiothérapie et prodiguer des premiers soins lorsque la situation se présente.
- Je m'engage à 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.

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

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.

ACCEPTÉE LE:

RÉSERVÉ AU SECRÉTAIRE DE
L'ORDRE