

En raison de mon congé de maladie, je soussigné(e), _____,
NOM DU MEMBRE

résidant au _____,
ADRESSE COMPLÈTE

demande au secrétaire de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, de m'accorder une réduction de ma cotisation professionnelle.

À cette fin, je déclare ce qui suit:

- Je suis en congé de maladie pour une période **d'au moins six (6) mois consécutifs**

- Je cesse mes activités professionnelles en date du _____
ANNÉE | MOIS | JOUR

- Je m'engage à continuer à ne pas exercer la profession jusqu'au _____
ANNÉE | MOIS | JOUR

LA PÉRIODE DOIT ÊTRE D'AU MOINS SIX (6) MOIS CONSÉCUTIFS

- 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 _____
VILLE

ce _____
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 RETOUR DU CONGÉ DE MALADIE.

ACCEPTÉE LE:

RÉSERVÉ AU SECRÉTAIRE DE
L'ORDRE