

ANNEXE II : CERTIFICAT DE STATUT PROFESSIONNEL

IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ RÉGLEMENTAIRE ET DE SON REPRÉSENTANT AUTORISÉ		
Nom de l'autorité réglementaire et de la juridiction :		
Nom du représentant autorisé:		
Adresse :		
Téléphone :	Télécopieur :	Courriel (« e-mail ») :
IDENTIFICATION DU CANDIDAT		
Nom :	Prénom :	
Numéro de permis (enregistrement, licence, inscription) :		
INFORMATIONS SUR LE CANDIDAT		
<i>Je, soussigné, représentant dûment autorisé de l'autorité réglementaire, confirme ce qui suit concernant le statut professionnel du candidat (joindre des feuilles séparées au besoin):</i>		
1. Le candidat est (a été) détenteur d'une autorisation (permis, licence, inscription) d'exercer l'optométrie de _____ (j/m/a) à _____ (en cours ou j/m/a), qui consistait en un : <input type="checkbox"/> Permis (licence, certificat) régulier <input type="checkbox"/> Autre permis (académique, temporaire, courtoisie, spécial, etc.) Le candidat exerce (a exercé) l'optométrie depuis (de) _____ (j/m/a) à _____ (en cours ou j/m/a). Détails :		
2. Si le candidat n'est plus membre, veuillez indiquer les motifs : <input type="checkbox"/> Démission <input type="checkbox"/> Mesure administrative <input type="checkbox"/> Sanction disciplinaire <input type="checkbox"/> Autre Détails :		
3. Le candidat a-t-il (avait-il) l'autorisation d'administrer et de prescrire des médicaments dans votre juridiction?: <input type="checkbox"/> Oui, à des fins diagnostiques et thérapeutiques <input type="checkbox"/> Oui, à des fins diagnostiques seulement <input type="checkbox"/> Non Détails :		
4. Le candidat est-il (était-il) soumis à une obligation de formation continue?: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quel est l'état du dossier du candidat (nombre d'heures complétées, période de référence, etc.):		
5. Le candidat a-t-il déjà fait l'objet d'une inspection professionnelle (évaluation de la compétence, revue de pratique, etc.)?: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, cette inspection a-t-elle révélé des problèmes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :		
6. Le candidat fait-il présentement (a-t-il déjà fait) l'objet de mesures disciplinaires ou administratives en relation avec des fautes professionnelles, des problèmes de compétence, de conduite, etc.?: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails :		
SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE L'AUTORITÉ RÉGLEMENTAIRE		
Signature :		Date :
Veuillez apposer le sceau de l'autorité réglementaire, si disponible.		

N.B. : Il appartient au candidat de demander et de donner le consentement à l'autorité réglementaire responsable pour que le présent certificat soit complété et transmis directement à l'Ordre des optométristes du Québec, à l'adresse suivante : 1265, rue Berri, bureau 700, Montréal (Québec), H2L 4X4, Canada, télécopieur : 514-499-0524, info@ooq.org