

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DISPENSE

Raisons médicales

Identification

Numéro de membre

Adresse

Prénom

Ville

Province/État

Nom

Pays

Code postal

Courriel

Téléphone

Téléphone - bureau

Instructions

i Le **Règlement sur la formation continue obligatoire des ingénieurs** prévoit qu'un ou une membre qui est, pendant une période d'au moins 30 jours consécutifs, dans l'impossibilité d'exercer la profession et de suivre des activités de formation continue en raison de son état, physique ou psychique, peut obtenir une dispense totale ou partielle de ses obligations de formation continue (article 11, 3^e alinéa du Règlement). Pour faciliter l'administration de ce type de dispense, l'Ordre demande aux professionnel.le.s de la santé ayant les compétences requises de produire la ou les attestations médicales requises en utilisant le présent formulaire.

i **Partie 1** : À remplir lors d'une première occurrence d'impossibilité pour raisons médicales.
Partie 2 : À remplir lorsque l'impossibilité se poursuit et que le ou la professionnel.le de la santé ayant les compétences requises fait un suivi. Cette partie doit toujours être accompagnée de la partie 1.

i **Durée indéterminée** : À défaut d'obtenir une date de prochain rendez-vous pour un suivi médical, la dispense pourra être accordée pour une période ne dépassant pas 6 mois suivant la date de la signature du formulaire par le ou la professionnel.le de la santé.

! Une fois le formulaire rempli, sauvegardez-le et joignez-le à la demande de dispense que vous ferez en ligne via votre **portail**.

Partie 1 : Attestation médicale - à remplir par un.e professionnel.le de la santé compétent.e

Veillez cocher la situation qui s'applique et inscrire les renseignements demandés :

J'atteste qu'en raison de son état physique ou psychique, la personne visée par cette demande est ou était dans l'impossibilité d'exercer sa profession et de suivre des activités de formation continue pour la période suivante :

Du

(AAAA-MM-JJ)

Au

(AAAA-MM-JJ)

OU

J'atteste qu'en raison de son état physique ou psychique, la personne visée par cette demande est ou était dans l'impossibilité d'exercer sa profession et de suivre des activités de formation continue **pour une durée indéterminée***.

Date de début de la
période d'impossibilité

(AAAA-MM-JJ)

Date du prochain
rendez-vous de suivi

(AAAA-MM-JJ)

Signature du ou de la professionnel.le de la santé compétent.e

Titre professionnel

Nom et prénom en lettres moulées

Numéro de permis

Date

Ordre des ingénieurs du Québec

1801, avenue McGill College, 6^e étage, Montréal (QC) H3A 2N4

514 845-6141 / 1 800 461-6141, poste 7210

devprof@oiq.qc.ca

Partie 2 : Rendez-vous de suivi - à remplir par un.e professionnel.le de la santé ayant les compétences requises à remplir uniquement si une durée indéterminée a été consignée à la PARTIE 1

Veillez cocher la situation qui s'applique et inscrire les renseignements demandés :

Suivi 1

J'atteste que la situation indiquée à la partie 1 se prolonge pour une période indéterminée.

Date de début de la période d'impossibilité

(AAAA-MM-JJ)

OU

J'atteste que la situation indiquée à la partie 1 se terminera le
(AAAA-MM-JJ)

Signature du ou de la professionnel.le de la santé compétent.e

Titre professionnel

Nom et prénom en lettres moulées

Numéro de permis

Date

Suivi 2

Veillez cocher la situation qui s'applique et inscrire les renseignements demandés :

J'atteste que la situation indiquée à la partie 1 se prolonge pour une période indéterminée.

Date du prochain rendez-vous de suivi

(AAAA-MM-JJ)

OU

J'atteste que la situation indiquée à la partie 1 se terminera le
(AAAA-MM-JJ)

Signature du ou de la professionnel.le de la santé compétent.e

Titre professionnel

Nom et prénom en lettres moulées

Numéro de permis

Date

Déclaration et signature

Je certifie que les informations fournies dans ce formulaire sont vraies et exactes et que tous les documents joints sont authentiques.

Je m'engage à aviser l'Ordre, dans un délai de 10 jours, de tout changement à ma situation.

Signature

Date

Ordre des ingénieurs du Québec

1801, avenue McGill College, 6^e étage, Montréal (QC) H3A 2N4
514 845-6141 / 1 800 461-6141, poste 7210
devprof@oiq.qc.ca