



Ordre des
OPTICIENS
d'ordonnances
du Québec

opticien.qc.ca

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En signant le présent formulaire, je confirme avoir pris connaissance de la politique de confidentialité de l'Ordre des opticiens d'ordonnances du Québec (ci-après « l'Ordre ») qui est disponible sur le site Internet de l'Ordre à <https://www.opticien.qc.ca> et je consens à la collecte, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels par l'Ordre conformément au cadre juridique applicable.

Veillez noter que vous pouvez en tout temps retirer votre consentement à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels déjà collectés par l'Ordre. Vous pouvez exercer votre droit en communiquant avec nous par courriel à l'adresse suivante : juridiques@opticien.qc.ca. Le retrait de votre consentement pourrait nous empêcher de vous fournir ou de continuer à vous fournir certains de nos services.



Ordre des
OPTICIENS
d'ordonnances
du Québec

opticien.qc.ca

606, rue Cathcart, bureau 600
Montréal, Qc H3B 1K9
1 800 563-6345

DEMANDE DE PERMIS

No. de permis
(Réservé à l'usage de l'Ordre)

Je, soussigné(e), jure (ou déclare solennellement) que les réponses ci-après sont complètes et exactes.

1. Nom et prénom mentionnés à l'acte de naissance

Autres prénoms

Nom utilisé couramment

2. Adresse domiciliaire

No, rue, app.

Ville, province/pays

Téléphone résidence

Code postal

Téléphone cellulaire

Adresse actuelle (si différente de l'adresse domiciliaire)

No, rue, app.

Ville, province/pays

Téléphone résidence

Code postal

Téléphone cellulaire

3. Avez-vous légalement changé de nom ? Oui Non

Si oui, quel nom avez-vous déjà utilisé ?

(Veuillez joindre copie des documents légaux pertinents).

4. Langue maternelle

Française

Anglaise

Autre

Précisez

Langue de travail

Française

Anglaise

Autre

Précisez

5. (Abrogée)

6. (Abolie)

7. Scolarité

Niveau collégial ou équivalent

Nom du programme

Grade

Nom et adresse de la maison d'enseignement

Nombre de crédits

Date d'obtention du diplôme

Niveau universitaire

Nom du programme

Nombre de crédits

Grade

Date d'obtention du diplôme

Nom et adresse de la maison d'enseignement

8. Stage

Avez-vous fait un stage dans le domaine oculo-visuel ? Oui Non

Si oui, indiquez le nombre de crédits ou d'heures

Endroit(s) :

Maître de stage(s)

9. Expérience professionnelle dans le secteur oculo-visuel, s'il y a lieu

Nom de l'employeur

Date (du-à)

Poste occupé

10. Infraction de nature criminelle ou disciplinaire

Avez-vous déjà été déclaré(e) coupable d'une infraction criminelle par un tribunal canadien ou étranger ? Oui Non

Si oui, fournir en annexe les informations suivantes : date du jugement, numéro de dossier de la cour et les motifs de condamnation(s) de tout jugement porté contre vous.

Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision disciplinaire rendue au Québec par le comité de discipline d'un ordre professionnel ou à l'étranger par un organisme de régulation professionnelle ? Oui Non

Si oui, fournir en annexe une copie certifiée conforme de la décision disciplinaire.

11. Je joins à cette demande :

- a) Un extrait certifié conforme de mon acte de naissance (copie conforme à l'original)
- b) Mon diplôme d'études collégiales en Techniques d'orthèses visuelles ou une attestation de l'obtention d'un tel diplôme, ou une attestation que mon diplôme ou ma formation a été reconnu équivalent par le Bureau.

12. Je m'engage à me conformer aux dispositions du Code des professions, de la Loi et des règlements de l'Ordre des opticiens d'ordonnances du Québec.

Signature

Juré (ou affirmé solennellement)

Devant moi à _____

Ce _____ jour de _____ 20 _____

Commissaire à l'assermentation