

PARTIE 1 | Renseignements personnels

Prénom	Nom	N° de membre
--------	-----	--------------

Titre professionnel	Domaine d'exercice	Année d'obtention du permis
---------------------	--------------------	-----------------------------

Lieu de travail	Téléphone (bureau)
-----------------	--------------------

Adresse de correspondance	App. / Bureau
---------------------------	---------------

Ville	Province	Code postal
-------	----------	-------------

Téléphone (domicile)	Téléphone (cellulaire)	Courriel
----------------------	------------------------	----------



Ordre des technologues
en **imagerie médicale**,
en **radio-oncologie** et en
électrophysiologie médicale
du Québec

FORMULAIRE DE CANDIDATURE

INSPECTION PROFESSIONNELLE DE L'OTIMROEPMQ



PARTIE 2 | Parcours professionnel

En quelques mots, décrivez votre parcours professionnel.



PARTIE 3 | Motivation

En quelques mots, expliquez ce qui vous motive à poser votre candidature

Pour soumettre votre candidature :
Remplissez le présent formulaire,
enregistrez le document et retourner le tout
par courriel à sip@otimroepmq.ca.

OTIMROEPMQ
514 351-0052 / 1 800 361-8759
www.otimroepmq.ca