

INFORMATION CONCERNANT LE MEMBRE DE L'OTIMROEPMQ

Prénom & nom : _____ Numéro de permis : _____
 Courriel : _____ Domaine d'exercice : _____
 Date de naissance : _____

INFORMATION CONCERNANT L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur _____
 Adresse complète _____

INFORMATION CONCERNANT LES HEURES TRAVAILLÉES

À titre d'employeur, vous devez nous faire parvenir **directement** certaines informations sur l'exercice professionnel de ce membre. Veuillez confirmer le nombre d'heures travaillées à titre de technologue (excluant les heures de congés d'étude, de maladie, maternité, vacances) **au cours des 60 derniers mois. UNE ANNÉE PAR LIGNE.** Ce document devra être envoyé 20 jours ouvrables avant la reprise des activités professionnelles du technologue.

OBLIGATOIRE : Veuillez indiquer la date de la dernière journée travaillée payée : _____

jj/mm/aa		jj/mm/aa		Nombre d'heures	Titre d'emploi	Lieu d'exercice
Du		Au				
Du		Au				
Du		Au				
Du		Au				
Du		Au				
Du		Au				

Veuillez indiquer la date prévue de la reprise des activités professionnelles : _____

J'affirme que tous les renseignements que j'ai fournis sont exacts et véridiques.

Nom du signataire : _____ Titre : _____
 Prénom et nom du signataire en lettres _____ Date : _____
 moulées : _____

Le formulaire doit être retourné dûment complété par courriel à l'adresse : admission@otimroepmq.ca
 Pour toute information additionnelle, vous pouvez contacter l'adjointe à l'admission au 514-351-0052 poste 224.