



### 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				

**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 : [retour\\_profession@otimroepmq.ca](mailto:retour_profession@otimroepmq.ca)  
Pour toute information additionnelle, vous pouvez contacter l'adjointe à l'admission au 514-351-0052 poste 224.