



# ATTESTATION DES HEURES TRAVAILLÉES

## Demande de retour à la profession

### INFORMATION CONCERNANT LE MEMBRE DE L'OTIMROEPMQ

Prénom & nom : \_\_\_\_\_ Numéro de permis : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_ Domaine d'exercice : *à sélectionner dans le menu*  
Date de naissance : \_\_\_\_\_

**ATTESTATION(S) : Veuillez cocher la case appropriée à votre situation. Détentrice ou détenteur d'attestation(s) ?**

**NON**    **MAMMO**    **PRATIQUE AUTONOME** (préciser)    **ÉCHO**    **LBDC**    **CVCAP**    **AUTRE** \_\_\_\_\_

### INFORMATION CONCERNANT L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_  
Adresse complète : \_\_\_\_\_  
*Personne ressource à contacter au besoin (responsable, gestionnaire, etc.) :*  
Nom: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

### 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			

**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 moulées : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

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.