

## DEMANDE DE PERMIS D'EXERCICE ET D'INSCRIPTION AU TABLEAU

Vous devez remplir ce formulaire si vous avez obtenu un diplôme en acupuncture au Québec délivré par le Cégep de Rosemont dont les lieux d'enseignement sont :

- Cégep de Rosemont;
- Cégep de La Pocatière – Campus de Montmagny.

### IDENTIFICATION

|                                 |                                                                                      |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Appellation :                   | Mr <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mx <input type="checkbox"/> |
| Prénom :                        |                                                                                      |
| Nom :                           |                                                                                      |
| Date de naissance (jj-mm-aaaa): |                                                                                      |

|                                                                                                                   |                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Votre nom a-t-il fait l'objet d'un changement légal?                                                              | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le nom utilisé précédemment : |
| Utilisez-vous un prénom ou un nom usuel différent des noms et prénoms indiqués sur votre certificat de naissance? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le prénom et le nom usuel :   |

Le cas échéant, veuillez joindre une copie certifiée du document pertinent.

### ADRESSE DE RÉSIDENCE

|             |  |               |  |
|-------------|--|---------------|--|
| Adresse :   |  |               |  |
| Ville :     |  |               |  |
| Province :  |  | Code postal : |  |
| Courriel :  |  |               |  |
| Téléphone : |  |               |  |

### DOCUMENTS JOINTS À LA DEMANDE (obligatoires)

|                                                                               |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Formulaire de proposition d'assurances (Victor) – Vézina Assurances           | <input type="checkbox"/> |
| 1 photo récente, format passeport, signée de votre main au verso              | <input type="checkbox"/> |
| Paiement des frais (consulter le site de l'Ordre pour plus de renseignements) | <input type="checkbox"/> |

## DÉLIVRANCE DU PERMIS ET INSCRIPTION AU TABLEAU

- ☐ Je demande la délivrance du permis régulier pour exercer l'acupuncture et l'inscription au Tableau de l'Ordre des acupuncteurs du Québec.
- ☐ Je demande la délivrance du permis régulier pour exercer l'acupuncture sans inscription au Tableau de l'Ordre des acupuncteurs du Québec. Je comprends que je devrai m'inscrire au Tableau avant de pouvoir exercer la profession.

**Date d'inscription au Tableau souhaitée (jj-mm-aaaa) :**

À noter que cette date ne peut être antérieure à la date du dépôt du présent formulaire.

## DOMICILE PROFESSIONNEL

Selon l'article 60 du *Code des professions*, votre domicile professionnel est le lieu où vous exercez principalement votre profession. Si vous n'avez pas de lieu d'exercice de l'acupuncture lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre, vous devrez élire votre domicile professionnel à votre lieu de résidence ou à votre lieu de travail principal.

Exercerez-vous la profession d'acupuncteur dès votre inscription au Tableau de l'Ordre?

☐ Oui

☐ Non

Mon domicile professionnel sera situé à l'emplacement suivant :

☐ Adresse de résidence

☐ Adresse de mon travail principal

Adresse :

## LIEUX D'EXERCICE DE LA PROFESSION

Si vous connaissez déjà les lieux où vous exercerez votre profession au moment de votre inscription, vous devez les inscrire ci-après. Sinon, vous devrez le faire dans un délai de trente (30) jours suivant la date où vous commencerez à exercer l'acupuncture.

### Lieu d'exercice principal

Il ne peut y avoir qu'un seul lieu d'exercice principal.

|                             |  |               |  |
|-----------------------------|--|---------------|--|
| Nom de l'employeur :        |  |               |  |
| Adresse :                   |  |               |  |
| Ville :                     |  |               |  |
| Province :                  |  | Code postal : |  |
| Courriel :                  |  |               |  |
| Téléphone :                 |  | Télécopieur : |  |
| Cellulaire :                |  |               |  |
| Date d'entrée en fonction : |  |               |  |

page 2

### Autres lieux d'exercice de la profession

Veuillez indiquer tous les autres lieux où vous exercerez la profession, le cas échéant.  
Au besoin, vous pouvez ajouter une page.

|                             |  |               |  |
|-----------------------------|--|---------------|--|
| Nom de l'employeur :        |  |               |  |
| Adresse :                   |  |               |  |
| Ville :                     |  |               |  |
| Province :                  |  | Code postal : |  |
| Courriel :                  |  |               |  |
| Téléphone :                 |  | Télécopieur : |  |
| Cellulaire :                |  |               |  |
| Date d'entrée en fonction : |  |               |  |

|                             |  |               |  |
|-----------------------------|--|---------------|--|
| Nom de l'employeur :        |  |               |  |
| Adresse :                   |  |               |  |
| Ville :                     |  |               |  |
| Province :                  |  | Code postal : |  |
| Courriel :                  |  |               |  |
| Téléphone :                 |  | Télécopieur : |  |
| Cellulaire :                |  |               |  |
| Date d'entrée en fonction : |  |               |  |

### SERVICES OFFERTS DANS LE CADRE DE VOTRE PRATIQUE DE LA PROFESSION

Veuillez indiquer les services que vous offrirez dans le cadre de l'exercice de votre profession. À noter que les services peuvent être offerts à l'un ou l'autre de vos lieux d'exercice, sans distinction.

- ☐ Visite à domicile  
☐ Acupuncture en groupe

### ADRESSE DE CORRESPONDANCE CHOISIE

Veuillez indiquer l'adresse de correspondance choisie pour recevoir les communications provenant de l'Ordre.

|                               |  |               |  |
|-------------------------------|--|---------------|--|
| Adresse pour l'envoi postal : |  |               |  |
| Ville :                       |  |               |  |
| Province :                    |  | Code postal : |  |
| Courriel :                    |  |               |  |
| Téléphone :                   |  |               |  |

**AUTRE ORDRE PROFESSIONNEL**

|                                                                                     |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Êtes-vous présentement ou avez-vous déjà été membre d'un autre ordre professionnel? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Nom de l'ordre professionnel :  |  |
| Numéro de permis ou de membre : |  |
| Date de début d'adhésion :      |  |
| Date de fin d'adhésion :        |  |

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Nom de l'ordre professionnel :  |  |
| Numéro de permis ou de membre : |  |
| Date de début d'adhésion :      |  |
| Date de fin d'adhésion :        |  |

Le cas échéant, veuillez joindre une lettre confirmant votre statut auprès de cet ordre professionnel.

**CONSETEMENTS**

**Communications et protection des renseignements personnels**

|                                                                                                                                                                                                    |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| En plus des communications essentielles, j'accepte de recevoir des communications promotionnelles en provenance de l'Ordre.                                                                        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| J'accepte que mes coordonnées soient transmises aux partenaires de l'Ordre à des fins de recherche ou de statistiques, ou pour me proposer des avantages ou des services en lien avec ma pratique. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

**Abonnements et publications**

|                                                                                                                                                                                          |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Autorisation de communiquer avec moi pour la réalisation d'un projet ou d'une activité à caractère professionnel (ex. formation continue), scientifique, social ou philanthropique       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Autorisation à d'autres professionnels de communiquer avec moi                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Autorisation de trouver mes coordonnées dans le site de l'Ordre, à partir de critères autres que mon nom (ex. ville, région, etc.) ou autrement, dans un répertoire accessible au public | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Dans le cas où mon adresse professionnelle correspond à mon adresse de résidence, empêcher son affichage dans un répertoire accessible au public                                         | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

## DÉCLARATIONS OBLIGATOIRES

Vous devez répondre à toutes les questions de cette section.

### Décisions disciplinaires

Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision disciplinaire d'un autre ordre professionnel au Québec ou d'une autorité compétente hors Québec vous imposant une sanction?  
Si vous répondez « Oui », veuillez joindre une copie de la décision disciplinaire au présent formulaire.

☐ Oui ☐ Non

### Infractions criminelles

Avez-vous déjà fait l'objet d'un jugement d'un tribunal canadien ou étranger vous déclarant coupable d'une infraction criminelle?  
Si vous répondez « Oui », veuillez joindre une copie du jugement rendu au présent formulaire.  
Si vous avez obtenu le pardon au sens de la *Loi sur le casier judiciaire* (L.R.Q. 1985, C-47), répondez non.

☐ Oui ☐ Non

### Infractions pénales

Avez-vous fait l'objet d'une décision rendue au Québec vous déclarant coupable d'une infraction au *Code des professions*, à la loi, aux lettres patentes constituant un ordre ou à un décret de fusion ou d'intégration (article 188 du *Code des professions*)?  
Si vous répondez « Oui », veuillez joindre une copie de la décision au présent formulaire.

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous fait l'objet d'une décision rendue hors du Québec vous déclarant coupable d'une infraction qui, si elle avait été commise au Québec, aurait pu faire l'objet d'une poursuite pénale en vertu de l'article 188 du *Code des professions*?  
Si vous répondez « Oui », veuillez joindre une copie de la décision au présent formulaire.

☐ Oui ☐ Non

### Poursuite pour une infraction punissable de cinq ans d'emprisonnement ou plus

Faites-vous l'objet d'une poursuite pour une infraction punissable de cinq ans d'emprisonnement ou plus?  
Si vous répondez « Oui », veuillez joindre une copie du document indiquant la nature de la poursuite.

☐ Oui ☐ Non

## DÉCLARATIONS

L'Ordre des acupuncteurs du Québec régit l'exercice de l'acupuncture au Québec. Dans le cadre de ses activités, l'Ordre doit colliger et traiter des renseignements personnels propres aux personnes qui font une demande de réinscription au Tableau. Ces renseignements sont traités conformément au *Code civil du Québec*, à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics* et sur la *protection des renseignements personnels*, au *Code des professions* et, lorsque celle-ci est applicable, à la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*. L'Ordre ne recueille que les renseignements nécessaires au traitement de votre demande et ne les rend accessibles qu'aux membres de son personnel qui en ont besoin dans l'exercice de leurs fonctions.

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | En remplissant ce formulaire, je consens à ce que l'Ordre des acupuncteurs du Québec collecte mes renseignements personnels à des fins de contrôle de l'exercice de la profession.                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> | Je, soussigné(e), m'engage à me conformer aux dispositions du <i>Code des professions</i> , de la <i>Loi sur l'acupuncture</i> et de ses règlements afférents. Je comprends qu'une fausse déclaration ou l'abstention de répondre à l'une ou l'autre des questions du présent formulaire occasionnera un retard, voire le refus de ma demande. |
| <input type="checkbox"/> | J'autorise l'Ordre des acupuncteurs du Québec à vérifier et à obtenir toute information ou document concernant les sujets visés dans le présent formulaire, lesquels seraient notamment en possession d'un organisme public, maison d'enseignement, ordre professionnel ou association, et ce, au Canada ou ailleurs.                          |
| <input type="checkbox"/> | J'affirme que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et j'autorise toute vérification nécessaire dans le cadre de ma demande.                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | Je m'engage à aviser l'Ordre des acupuncteurs du Québec de tout changement aux réponses indiquées dans le présent formulaire.                                                                                                                                                                                                                  |

| Signature du demandeur | Date |
|------------------------|------|
|                        |      |

## SECTION RÉSERVÉE À L'ORDRE DES ACUPUNCTEURS DU QUÉBEC

|                                                                 |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Date de réception de la demande :                               |                                                                       |
| Demande complète :                                              | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>             |
| Complément d'information demandé le :                           |                                                                       |
| Numéro de résolution du CA autorisant la délivrance du permis : |                                                                       |
| Date de délivrance du permis :                                  |                                                                       |
| Type de permis délivré :                                        | Régulier <input type="checkbox"/> Temporaire <input type="checkbox"/> |
| Date de l'inscription au Tableau :                              |                                                                       |
| Initiales du responsable:                                       |                                                                       |