

DEMANDE DE RÉINSCRIPTION AU TABLEAU

Vous devez remplir ce formulaire si :

- vous n'êtes plus inscrit.e au Tableau de l'Ordre depuis moins de quatre (4) ans;
- vous avez démissionné ou avez été radié.e temporairement du Tableau de l'Ordre.

IDENTIFICATION

Prénom :			
Nom :			
Numéro du permis :			
Date de naissance (jj-mm-aaaa):			

ADRESSE DE RÉSIDENCE

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

RÉINSCRIPTION AU TABLEAU

☐ Je demande ma réinscription au Tableau de l'Ordre des acupuncteurs du Québec.

Date de réinscription 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 réinscription, 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 :			

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 :			

CONSETEMENTS

Communications et protection des renseignements personnels

En plus des communications essentielles, j'accepte de recevoir des communications promotionnelles en provenance de l'Ordre.	☐ Oui ☐ 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.	☐ Oui ☐ 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	☐ Oui ☐ Non
Autorisation à d'autres professionnels de communiquer avec moi	☐ Oui ☐ 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	☐ Oui ☐ Non
Dans le cas où mon adresse professionnelle correspond à mon adresse de résidence, empêcher son affichage dans un répertoire accessible au public	☐ Oui ☐ 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.

☐ Non ☐ Oui

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 visée à l'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 ou avez-vous fait 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

AUTRE ORDRE PROFESSIONNEL

Êtes-vous présentement ou avez-vous déjà été membre d'un autre ordre professionnel?

Oui ☐ Non ☐

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.

DÉCLARATIONS

L'Ordre des acupuncteurs du Québec régleme 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.

☐	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.
☐	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.
☐	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.
☐	J'affirme que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets, véridiques et authentiques et j'autorise toute vérification nécessaire dans le cadre de ma demande.
☐	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