

**DEMANDE DE RECONNAISSANCE D'UN DIPLÔME OU D'UNE FORMATION  
 EN VUE DE L'EXERCICE DE LA PHARMACIE AU QUÉBEC**

**DIRECTIVES**

1. Veuillez écrire en lettres moulées de façon lisible. Le présent document doit être complété en entier et avec précision. Toute omission ou inexactitude dans vos réponses retardera le traitement de votre demande.
2. Vous devez joindre au présent formulaire les documents originaux ou des copies certifiées conformes à l'original suivants :

<b>COCHER ✓</b>	<b>DOCUMENTS REQUIS</b>
<input type="checkbox"/>	une photographie récente de format 5 cm X 3,5 cm, signée au verso
<input type="checkbox"/>	votre acte de naissance (sont aussi acceptés : un extrait du registre de l'état civil ou une preuve de citoyenneté canadienne)
<input type="checkbox"/>	votre dossier académique incluant la description des cours suivis, le nombre de crédits s'y rapportant ainsi que le relevé de notes correspondant
<input type="checkbox"/>	une preuve de l'obtention de tout diplôme
<input type="checkbox"/>	une attestation de participation à un stage de formation complété avec succès
<input type="checkbox"/>	une attestation de votre participation à toute autre activité pertinente de formation continue et de perfectionnement
<input type="checkbox"/>	une attestation et une description de votre expérience de travail pertinente
<input type="checkbox"/>	une preuve de votre droit d'exercer la pharmacie dans une autre juridiction
<input type="checkbox"/>	une lettre de recommandation de votre ordre professionnel
<input type="checkbox"/>	une liste de vos publications pertinentes
<input type="checkbox"/>	une attestation de réussite à l'examen du BEPC (évaluation et aptitude)
<input type="checkbox"/>	un chèque visé ou un mandat bancaire au montant des frais d'étude de votre dossier

3. Si l'espace prévu pour quelque réponse est insuffisant, utilisez une feuille supplémentaire que vous annexe au présent formulaire.
4. Les documents transmis à l'appui de votre demande, qui sont rédigés dans une langue autre que le français ou l'anglais, doivent être accompagnés d'une traduction en langue française, attestée par une déclaration sous serment de la personne qui l'a effectuée.
5. Vous devez également nous faire parvenir 3 photocopies supplémentaires de tous vos originaux et/ou copies certifiées conformes.

Pour déposer votre demande officielle, vous devez prendre rendez-vous avec madame Alexandra Bagnas, secrétaire administrative – admission à la pratique, en composant le 514 284-9588 ou le 1 800 363-0324, ou encore expédier vos documents à l'adresse suivante :

Ordre des pharmaciens du Québec  
 Direction de l'admission et du perfectionnement  
 301-266, Notre-Dame Ouest  
 Montréal QC H2Y 1T6

## IDENTIFICATION

### 1. Renseignements personnels

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance (jour/mois/année) : _____	
Sexe : F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>

Adresse de résidence (numéro civique, rue, numéro d'appartement, ville, province ou état, pays, code postal) :	
Téléphone à la résidence :	_____
Courriel :	_____
Télécopieur :	_____

Adresse du lieu de travail au Québec, le cas échéant (numéro civique, rue, numéro d'appartement, ville, province ou état, pays, code postal) :	
Téléphone à la résidence :	_____
Courriel :	_____
Télécopieur :	_____

Avez-vous déjà utilisé d'autres noms? Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels? _____	
Quand et comment ont-ils été changés? _____	

***Vous devez annexer l'original ou une copie certifiée conforme du document explicatif pertinent.***

## OBJECTIFS DE CARRIÈRES ET DE FORMATION

### 2. Décrivez ci-après vos objectifs de carrière et de formation pour l'exercice de votre profession au Québec (maximum 20 lignes).

--

**FORMATION ACADÉMIQUE**

**Pour chacun des diplômes énumérés ci-après, vous devez joindre un document comportant la description de tous les cours et stages suivis, les résultats obtenus ainsi que le nombre d'heures de formation s'y rapportant.**

**3. Veuillez décrire tout diplôme universitaire en pharmacie dont vous êtes détenteur.**

Titre :	_____
Université :	_____
Pays :	_____
Date d'obtention :	_____
Nombre d'années d'études à temps plein :	_____
Titre :	_____
Université :	_____
Pays :	_____
Date d'obtention :	_____
Nombre d'années d'études à temps plein :	_____
Titre :	_____
Université :	_____
Pays :	_____
Date d'obtention :	_____
Nombre d'années d'études à temps plein :	_____

**4. Veuillez décrire tout autre diplôme pertinent dont vous êtes détenteur.**

Titre :	_____
Université :	_____
Pays :	_____
Date d'obtention :	_____
Nombre d'années d'études à temps plein :	_____
Titre :	_____
Université :	_____
Pays :	_____
Date d'obtention :	_____
Nombre d'années d'études à temps plein :	_____
Titre :	_____
Université :	_____
Pays :	_____
Date d'obtention :	_____
Nombre d'années d'études à temps plein :	_____

**5. Avez-vous déjà suivi des cours universitaires portant spécifiquement sur la pratique de la pharmacie au Québec? Si oui, lesquels?**

**Relativement à ces cours, vous devez joindre un relevé de notes original.**

Titre du cours :	_____
Université :	_____
Titre du cours :	_____
Université :	_____
Titre du cours :	_____
Université :	_____
Titre du cours :	_____
Université :	_____

**ACQUIS EXPÉRIENTIELS**

**6. Relativement au domaine de la pharmacie, énumérez ci-après tous les stages effectués ou toutes les activités de formation continue ou de perfectionnement auxquels vous avez participé.**

Titre :	_____
Date :	_____
Nombre d'heures :	_____
Organisateur de l'activité ou responsable du stage :	_____

Titre :	_____
Date :	_____
Nombre d'heures :	_____
Organisateur de l'activité ou responsable du stage :	_____

Titre :	_____
Date :	_____
Nombre d'heures :	_____
Organisateur de l'activité ou responsable du stage :	_____

Titre :	_____
Date :	_____
Nombre d'heures :	_____
Organisateur de l'activité ou responsable du stage :	_____

Titre :	_____
Date :	_____
Nombre d'heures :	_____
Organisateur de l'activité ou responsable du stage :	_____

Titre :	_____
Date :	_____
Nombre d'heures :	_____
Organisateur de l'activité ou responsable du stage :	_____

Titre :	_____
Date :	_____
Nombre d'heures :	_____
Organisateur de l'activité ou responsable du stage :	_____

Titre :	_____
Date :	_____
Nombre d'heures :	_____
Organisateur de l'activité ou responsable du stage :	_____

Titre :	_____
Date :	_____
Nombre d'heures :	_____
Organisateur de l'activité ou responsable du stage :	_____

Titre :	_____
Date :	_____
Nombre d'heures :	_____
Organisateur de l'activité ou responsable du stage :	_____

**7. Veuillez décrire vos expériences de travail dans le domaine de la pharmacie depuis que vous avez complété votre formation.**

Employeur :	_____
Poste occupé :	_____
Adresse :	_____
Téléphone :	_____
Durée de l'emploi : (jj/mm/aa)	Du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____
Nombre d'heures par semaine :	_____

Employeur :	_____
Poste occupé :	_____
Adresse :	_____
Téléphone :	_____
Durée de l'emploi : (jj/mm/aa)	Du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____
Nombre d'heures par semaine :	_____

Employeur :	_____
Poste occupé :	_____
Adresse :	_____
Téléphone :	_____
Durée de l'emploi : (jj/mm/aa)	Du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____
Nombre d'heures par semaine :	_____

Employeur :	_____
Poste occupé :	_____
Adresse :	_____
Téléphone :	_____
Durée de l'emploi : (jj/mm/aa)	Du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____
Nombre d'heures par semaine :	_____

Employeur :	_____
Poste occupé :	_____
Adresse :	_____
Téléphone :	_____
Durée de l'emploi : (jj/mm/aa)	Du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____
Nombre d'heures par semaine :	_____

Employeur :	_____
Poste occupé :	_____
Adresse :	_____
Téléphone :	_____
Durée de l'emploi : (jj/mm/aa)	Du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____
Nombre d'heures par semaine :	_____

Employeur :	_____
Poste occupé :	_____
Adresse :	_____
Téléphone :	_____
Durée de l'emploi : (jj/mm/aa)	Du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____
Nombre d'heures par semaine :	_____

Employeur :	_____
Poste occupé :	_____
Adresse :	_____
Téléphone :	_____
Durée de l'emploi : (jj/mm/aa)	Du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____
Nombre d'heures par semaine :	_____

**DÉCISIONS DISCIPLINAIRES**

8. Êtes-vous présentement ou avez-vous déjà été membre d'un ordre professionnel ou d'une association de pharmaciens, ici ou ailleurs?

Oui  Non

Nom de l'ordre ou de l'association :	_____
Numéro de membre ou de permis :	_____
Période : de :	_____ à : _____

Nom de l'ordre ou de l'association :	_____
Numéro de membre ou de permis :	_____
Période : de :	_____ à : _____

9. Faites-vous présentement ou avez-vous fait l'objet d'une poursuite disciplinaire d'un ordre professionnel ou d'une association, ici ou ailleurs?

Oui  Non

Nom de l'ordre ou de l'association :	_____
--------------------------------------	-------

*Pour chaque événement, vous devez fournir tous les renseignements pertinents ainsi qu'un document original ou une copie certifiée conforme de toute décision imposant une sanction disciplinaire.*

**DÉCISIONS JUDICIAIRES**

10. Avez-vous fait l'objet d'une décision d'un tribunal canadien vous déclarant coupable d'une infraction criminelle (répondez non si vous en avez eu le pardon)?

Oui  Non

Nature de l'infraction :	_____
Date du jugement :	_____
Peine imposée :	_____
Numéro du dossier :	_____
Cour :	_____
Province :	_____

11. Avez-vous fait l'objet d'une décision d'un tribunal étranger vous déclarant coupable d'une infraction criminelle (répondez non si vous en avez eu le pardon)?

Oui  Non

Nature de l'infraction :	_____
Date du jugement :	_____
Peine imposée :	_____
Numéro du dossier :	_____
Cour :	_____
Pays :	_____

---

**ENGAGEMENT / ASSERMENTATION**

Je, soussigné, m'engage à me conformer aux dispositions du *Code des professions*, de la *Loi sur la pharmacie* et de ses règlements. 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 mon dossier.

Je consens à ce que l'Ordre des pharmaciens du Québec vérifie et obtienne 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, corps policier, tribunal, avocat, individu, institution bancaire, et ce, au Canada ou ailleurs.

Enfin, je comprends que la délivrance par l'Ordre des pharmaciens du Québec d'une équivalence de diplôme ou de formation en ma faveur ne constitue en rien une reconnaissance de mon droit d'exercer la profession de pharmacien au Québec. À ce titre, je demeure, à l'instar de tout autre candidat, soumis aux conditions d'admission générales à l'Ordre telles que prévues par le *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des pharmaciens du Québec*.

**J'AFFIRME SOLENNELLEMENT** que les déclarations contenues dans le présent document sont conformes à la vérité et j'autorise toute vérification nécessaire.

En foi de quoi je signe,

\_\_\_\_\_

**ASSERMENTÉ OU DÉCLARÉ SOLENNELLEMENT DEVANT MOI,**

à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signé devant un officier, un avocat, un notaire, un commissaire à l'assermentation ou tout autre personne habile à recevoir le serment

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Titre