



## Demande d'autorisation spéciale d'état d'urgence sanitaire pour les anciens membres d'ordre professionnel

Ordre professionnel	Ordre des pharmaciens du Québec
Objet	Autorisation spéciale d'exercer la profession de pharmacien et d'utiliser le titre de pharmacien

### Renseignements personnels

Nom	Date de naissance (jour/mois/année)	Sexe
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Prénom	Lieu de naissance	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresse actuelle de résidence	Téléphone à la résidence	Téléphone cellulaire
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ville		
<input type="text"/>		
Province	Code postal	Adresse courriel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Renseignements professionnels

Numéro de permis	Type de permis lors de la dernière année d'inscription au Tableau de l'ordre
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dernière année d'inscription au Tableau de l'ordre	Votre demande est faite en vue d'obtenir quel type d'autorisation spéciale?
<input type="text"/>	Autorisation spéciale complète
Avez-vous fait l'objet d'une décision judiciaire vous déclarant coupable d'une infraction criminelle ou pénale (tribunal canadien ou étranger) depuis que vous avez cessé d'exercer (dernière année d'inscription au tableau)?	Autorisation spéciale partielle
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Dans l'affirmative, veuillez fournir tous les renseignements pertinents, y compris tout document en votre possession en lien avec cette procédure. Veuillez joindre une feuille supplémentaire au besoin.	
<input type="text"/>	

### Délivrance de l'autorisation spéciale d'état d'urgence sanitaire (réservé au personnel de l'Ordre)

Date de réception de la demande (jour/mois/année)	Personne ayant délivré l'autorisation spéciale (lettres moulées)
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de délivrance de l'autorisation spéciale (jour/mois/année)	Fonction
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Signature
	<input type="text"/>

### Déclaration

Je, soussigné(e), déclare et **affirme** solennellement que les renseignements donnés dans le cadre de cette demande sont, à ma connaissance, complets, véridiques et authentiques. Je comprends que tout faux renseignement que je présente à l'appui de ma demande pourra entraîner le rejet de celle-ci.

Signature du demandeur

Date (jour/mois/année)