



DEMANDE DE DISPENSE DE SUIVRE ET RÉUSSIR UNE FORMATION OBLIGATOIRE

Nom :			
Prénom :			
Numéro de membre :			
Adresse de correspondance			
No / rue :		App.	
Ville :		Code postal :	
Courriel :		 () -	

À noter que le suivi du cheminement de votre demande sera effectué par courriel.

DEMANDE

Je demande une dispense de suivre et réussir la formation obligatoire suivante incluant la délivrance de l'attestation de formation correspondante:

Titre de la formation :

RÉSUMÉ DE LA DEMANDE (MAXIMUM 10 LIGNES)

DEMANDE DE DISPENSE DE SUIVRE ET RÉUSSIR UNE FORMATION OBLIGATOIRE

DOCUMENTS DÉPOSÉS AU SOUTIEN DE LA DEMANDE DE DISPENSE		
Pièces justificatives permettant d'identifier les éléments suivants (obligatoires):	Objectifs d'apprentissage	<input type="checkbox"/>
	Contenu de la formation	<input type="checkbox"/>
	Nom du formateur	<input type="checkbox"/>
	Durée de la formation	<input type="checkbox"/>
Attestation de réussite de la formation suivie		<input type="checkbox"/>
Autre(s) document(s) (préciser lesquels):		<input type="checkbox"/>
Frais d'étude de la demande au montant de 173,21\$ (taxes incluses) Paiement par chèque (prière de libeller le chèque à l'ordre de l'Ordre des pharmaciens du Québec) ou par virement bancaire à l'adresse : finance.opq@opq.org		<input type="checkbox"/>

DÉCLARATION ET AUTORISATION

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente demande sont exacts et complets.

J'autorise le registrariat de l'Ordre à communiquer, au besoin, avec l'organisateur de l'activité de formation suivie afin d'obtenir des renseignements ou documents complémentaires à l'étude de ma demande de dispense.

Signature :

Date :

SECTION RÉSERVÉE AU REGISTRARIAT DE L'ORDRE POUR LE SUIVI DE LA DEMANDE

Demande reçue le :			
Demande complète :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
	Documents complémentaires demandés <input type="checkbox"/>		
Date de dépôt au secrétaire du Comité d'étude des demandes de dispense des formations obligatoires :			
Signature :		Date :	