ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

Retour à la pratique auprès du public

Formulaire de demande

Nom _____ **Prénom** _____

Nº de membre, le cas échéant _____

1. Coordonnées

Adresse de résidence (Nº/rue/appartement)

Ville | Province | Code postal

Nº de téléphone | Courriel

2. a) Renseignements judiciaires et disciplinaires

(à ignorer si ces renseignements ont déjà été fournis au secrétaire de l'Ordre)

Exemple de décisions visées :

- décision de nature pénale ou criminelle d'un tribunal canadien ou étranger (p. ex. conduite avec facultés affaiblies);
- décision disciplinaire d'un autre ordre professionnel ou d'un organisme de réglementation hors Québec imposant la révocation de permis, la radiation ou la radiation provisoire;
- décision de nature pénale relative à l'usurpation d'un titre ou à l'exercice illégal d'une profession.

Une décision judiciaire ou disciplinaire, autre qu'une décision rendue par le conseil de discipline de l'Ordre des pharmaciens du Québec a-t-elle été rendue contre vous? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, inclure en annexe une copie de la décision judiciaire ou disciplinaire.

Veuillez noter qu'en vertu de l'article 59.3 du *Code des professions*, si une décision judiciaire ou disciplinaire est rendue contre vous durant l'année, vous devez en informer le secrétaire dans les **10 jours.**

b) Renseignements judiciaires concernant la responsabilité professionnelle

(à ignorer si ces renseignements ont déjà été fournis au secrétaire de l'Ordre)

Est-ce qu'une poursuite judiciaire (requête introductive d'instance seulement) en responsabilité professionnelle a été intentée contre vous ou, si vous exercez en société en nom collectif à responsabilité limitée ou en société par actions, contre la société dont vous êtes le répondant? (p. ex. poursuite pour une erreur dans le cadre de l'exercice de la pharmacie) ◯ Oui ◯ Non

Si oui, inclure en annexe une copie de la requête introductive d'instance.

Veuillez noter que si une poursuite judiciaire (requête introductive d'instance seulement) en responsabilité professionnelle est intentée contre vous durant l'année, vous devez en informer le secrétaire dans les **30 jours.**

3. Veuillez indiquer tout diplôme universitaire en pharmacie que vous détenez présentement :

	Année	Obtention (Université/Pays)
◯ Baccalauréat en pharmacie		
◯ Doctorat de premier cycle en pharmacie		
◯ Maîtrise (diplôme en pharmacie d'hôpital, maîtrise en pharmacothérapie avancée, etc.)		
◯ Doctorat de 3e cycle		
◯ Diplôme d'études supérieures spécialisées		
◯ Certificat		
◯ Autres :		

Veuillez fournir une copie de tout diplôme universitaire à l'exception du baccalauréat en pharmacie et du doctorat de premier cycle en pharmacie.

4. Formation continue :

Avez-vous fait de la formation continue en pharmacie au cours des cinq dernières années?

◯ Oui ◯ Non

Si oui, veuillez fournir les attestations confirmant la formation continue suivie.

5. Veuillez indiquer tous les emplois dans le domaine de la pharmacie que vous avez occupés à ce jour depuis l'obtention de votre permis d'exercice :

a) Employeur :

Adresse :

Poste occupé :

Heures/semaine :

Durée du travail : De : à :

b) Employeur :

Adresse :

Poste occupé :

Heures/semaine :

Durée du travail : De : à :

c) Employeur :

Adresse :

Poste occupé :

Heures/semaine :

Durée du travail : De : à :

d) Employeur :

Adresse :

Poste occupé :

Heures/semaine :

Durée du travail : De : à :

e) Employeur :

Adresse :

Poste occupé :

Heures/semaine :

Durée du travail : De : à :

Autorisation et signature

- ◯ **J'AUTORISE** l'Ordre des pharmaciens du Québec à procéder à la vérification de mon dossier professionnel et disciplinaire.
- ◯ **JE CONSENS** à la collecte, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels aux fins du traitement de ma demande de retour à la pratique. Pour obtenir plus d'informations sur la façon dont l'Ordre des pharmaciens du Québec traite les renseignements personnels, vous pouvez consulter notre Politique de confidentialité.
- ◯ **J'AFFIRME** que les renseignements contenus dans le présent formulaire sont véridiques et complets.
- ◯ **JE M'ENGAGE** à aviser l'Ordre de toute modification dans les 30 jours.

Signature	Date

Inscrire votre nom ci-dessus équivaut à une signature.

Retournez ce formulaire dûment rempli et signé :

→ **Par la poste**

Ordre des pharmaciens du Québec
Admission – Retour à la pratique
266, rue Notre-Dame Ouest, bureau 301
Montréal (QC) H2Y 1T6

→ **Par courriel**

admission@opq.org