



Ordre des technologues
en **imagerie médicale**,
en **radio-oncologie** et en
électrophysiologie médicale
du Québec

Attestation des heures travaillées

Demande retour à la profession

INFORMATION CONCERNANT LE MEMBRE DE L'OTIMROEMPQ

Nom du technologue: _____
Prénom du technologue: _____

Date de naissance : _____
Numéro de permis : _____

INFORMATION CONCERNANT L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur : _____
Adresse : _____
Ville _____

Code postal : _____
Province / Territoire : _____
Pays : _____

INFORMATION CONCERNANT LES HEURES TRAVAILLÉES

À titre d'employeur, vous devez nous faire parvenir **directement** certaines informations sur l'exercice professionnel de ce membre. Veuillez confirmer le nombre d'heures travaillées à titre de technologue (excluant les heures de congés d'étude, de maladie, maternité, vacances) au cours des **4 dernières années**, ainsi que pour l'**année courante**. Ce document devra être envoyé 20 jours ouvrables avant la reprise des activités professionnelles du technologue.

Si la personne a exercé dans un CIUSSS ou un CISSS, veuillez indiquer **le nom du lieu d'exercice**.

Veuillez indiquer la date de la dernière journée travaillée payé:

aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	Nombre d'heures	Titre d'emploi	Lieu d'exercice
Du _____	Au _____	_____	_____	_____
Du _____	Au _____	_____	_____	_____
Du _____	Au _____	_____	_____	_____
Du _____	Au _____	_____	_____	_____
Du _____	Au _____	_____	_____	_____

J'affirme que tous les renseignements que j'ai fournis sont exacts et véridiques.

Nom signataire : _____

Titre : _____

Date : _____

Le formulaire doit être retourné dument complété par courriel à l'adresse : apj@otimroepmq.ca

Pour toute information additionnelle, vous pouvez contacter Caroline Morin, adjointe des affaires professionnelles et juridiques au 514-351-0052 poste 229