



RETOUR À LA PROFESSION ET STAGE DE PERFECTIONNEMENT PROFIL DU TECHNOLOGUE

| | | |
|---|---------------|-------------------------------|
| N° DE MEMBRE ANTÉRIEUR | | |
| IDENTIFICATION | | |
| Nom : | | |
| Prénom : | | |
| Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | Date de naissance : |
| ADRESSE | | |
| N° : | Rue : | |
| N° App. : | Ville : | |
| Province : | Code postal : | |
| Téléphone : | | |
| Courriel : | | |
| PROFIL | | |
| Année de graduation : | | |
| Nombre d'années travaillées avant l'arrêt de travail : | | |
| Date de la dernière journée travaillée au Québec : | | |
| Durée de l'arrêt de travail : | | |
| Nombre d'années sans être membre de l'Ordre : | | |
| NOMS DES EMPLOYEURS : (JOINDRE LES ATTESTATIONS) | | CHAMPS D'ACTIVITÉS : |
| | | |
| | | |
| | | |
| PERFECTIONNEMENT ACADÉMIQUE : (JOIGNEZ LES PIÈCES JUSTIFICATIVES) | | |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : | | |
| MISE À JOUR DES CONNAISSANCES DURANT L'ARRÊT DE TRAVAIL : | | |
| Symposium : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : | | |
| Colloque/Congrès : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : | | |
| Autres : | | |
| PAIEMENT : | | |
| <input type="checkbox"/> Chèque/Mandat poste <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card | | |
| Réouverture et analyse de dossier 224,20\$ | | |
| Numéro | | Échéance |
| | | Code de sécurité à 3 chiffres |
| | | |
| Nom du détenteur de cette carte (lettres moulées) : | | Signature du détenteur |
| | | |