



### INFORMATION CONCERNANT LE MEMBRE DE L'OTIMROEPMQ

Prénom & nom : \_\_\_\_\_ Numéro de permis : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_ Domaine d'exercice : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_

### INFORMATION CONCERNANT L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur \_\_\_\_\_  
Adresse complète \_\_\_\_\_

### 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.

**OBLIGATOIRE : Veuillez indiquer la date de la dernière journée travaillée payée :** \_\_\_\_\_

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				

Veuillez indiquer la date prévue de la reprise des activités professionnelles : \_\_\_\_\_

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

Nom du signataire : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_  
Prénom et nom du signataire en lettres moulées : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Le formulaire doit être retourné dûment complété par courriel à l'adresse : [admission@otimroepmq.ca](mailto:admission@otimroepmq.ca) Pour toute information additionnelle, vous pouvez contacter l'adjointe à l'admission au 514-351-0052 poste 224.