



DÉCLARATION D'APTITUDE PROFESSIONNELLE

SECTION A : CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Cette section doit être remplie par le membre (ou l'ancien membre) de l'OTRO qui fait la demande de déclaration d'aptitude professionnelle.

Une fois la section A remplie, prière d'envoyer le formulaire au Service des inscriptions de l'OTRO, à l'adresse registrationservices@crto.on.ca.

L'OTRO remplira la section B et enverra le formulaire à l'organisme indiqué dans la section A2 ci-dessous.

1. COORDONNÉES DU MEMBRE

PRÉNOM :

NOM DE FAMILLE :

NUMÉRO D'INSCRIPTION :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

COURRIEL :

J'aimerais qu'on m'envoie par courriel une copie de la déclaration d'aptitude professionnelle pour mes dossiers. OUI NON

2. ORGANISME DE RÉGLEMENTATION OU DE DÉLIVRANCE DE PERMIS AUQUEL ENVOYER LA DÉCLARATION D'APTITUDE PROFESSIONNELLE

Un formulaire distinct doit être rempli pour chaque organisme qui demande la déclaration.

NOM DE L'ORGANISME :

NOM ET TITRE DU DESTINATAIRE :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

COURRIEL *:

* La déclaration sera envoyée par courriel en format PDF, sauf si un autre mode d'envoi est demandé (voir ci-dessous).

Si l'organisme susmentionné demande que la déclaration lui soit envoyée par la poste, veuillez fournir l'adresse d'envoi.

ADRESSE :

VILLE :

PROVINCE :

CODE POSTAL :

PAYS :



3. CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Par les présentes, je, _____ donne à l'OTRO
VOTRE NOM (ÉCRIRE LISIBLEMENT)

mon consentement et mon autorisation pour qu'il transmette des renseignements à l'organisme nommé à la section A2. Je comprends qu'ainsi, tous les renseignements relatifs à mon inscription qui sont connus de l'OTRO seront divulgués, y compris, sans limitation :

- mes numéros d'inscription, ma catégorie d'inscription et le statut de mon inscription;
- les modalités, conditions ou restrictions accompagnant ou ayant déjà accompagné mon certificat d'inscription;
- toute suspension ou révocation, y compris les motifs l'ayant justifiée;
- toute allégation, procédure ou constatation actuelle ou antérieure relativement à une faute professionnelle, à un problème d'incompétence ou d'incapacité ou à un autre problème semblable;
- toute accusation ou déclaration de culpabilité (p. ex., en vertu du *Code criminel du Canada* ou de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*);
- toute plainte ou enquête formelle, y compris celles qui n'ont pas encore été résolues;
- mes inscriptions, adhésions ou autorisations d'exercer accordées par d'autres organismes de réglementation;
- toute autre information relative à ma conduite professionnelle que l'OTRO juge pertinente pour ma demande d'inscription auprès de l'autre organisme de réglementation, y compris celle portant sur :
 - le respect des exigences d'inscription;
 - le respect des exigences relatives au programme d'assurance qualité ou au maintien des compétences;
 - les cotisations impayées et autres obligations non remplies.

SIGNATURE DU MEMBRE

DATE (MM/JJ/AAAA)

Prière d'envoyer le formulaire au Service des inscriptions de l'OTRO, à l'adresse registrationservices@crto.on.ca.

L'OTRO remplira la section B (à la page suivante) et enverra le formulaire à l'organisme indiqué à la section A2.



SECTION B : DÉCLARATION D'APTITUDE PROFESSIONNELLE

Cette section sera remplie par l'OTRO, qui enverra ensuite le formulaire directement à l'organisme de réglementation ou de délivrance de permis indiqué à la section A2.

Je, _____, agissant au nom de l'OTRO, atteste que les
NOM DU REGISTRAIRE OU DE LA PERSONNE DÉSIGNÉE
(ÉCRIRE LISIBLEMENT)

déclarations suivantes et tous les autres renseignements fournis sont exacts et véridiques. Ils concernent l'aptitude professionnelle et les antécédents d'inscription de la personne suivante :

NOM DU MEMBRE

NUMÉRO D'INSCRIPTION

PÉRIODE D'INSCRIPTION :

DU (JJ/MM/AA)

AU (JJ/MM/AA)

1. La personne susmentionnée a-t-elle ou a-t-elle déjà eu un certificat d'inscription ou un permis assorti de modalités, de conditions ou de restrictions?

OUI (Prière de fournir les détails ci-dessous.) NON

2. La personne susmentionnée fait-elle ou a-t-elle déjà fait l'objet d'une suspension ou d'une révocation de son certificat d'inscription ou de son permis?

OUI (Prière de fournir les détails ci-dessous.) NON

3. La personne susmentionnée fait-elle ou a-t-elle déjà fait l'objet d'une plainte formelle, d'un rapport, d'une enquête, d'une mesure disciplinaire, ou d'une enquête sur l'aptitude à exercer ou la capacité?

OUI (Prière de fournir les détails ci-dessous.) NON S.O.



4. La personne susmentionnée a-t-elle déjà, à votre connaissance, été accusée ou reconnue coupable d'une infraction, ici ou ailleurs, quelle que soit la peine infligée (p. ex., en vertu du *Code criminel du Canada* ou de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*)?

OUI (Prière de fournir les détails ci-dessous.)

NON

5. La personne susmentionnée a-t-elle des obligations non remplies à l'égard de l'OTRO (p. ex., droits, amendes, coûts, exigences relatives au programme d'assurance de la qualité ou au maintien et à l'état actuel des compétences)?

OUI (Prière de fournir les détails ci-dessous.)

NON

6. La personne susmentionnée détient-elle ou a-t-elle déjà détenu, à votre connaissance, un certificat d'inscription ou un permis délivré par un autre organisme de réglementation?

OUI (Prière de fournir les détails ci-dessous.)

NON

7. Avez-vous connaissance de tout autre renseignement concernant un événement, des circonstances, une situation ou un dossier ayant un lien potentiel avec la compétence, la conduite, le professionnalisme ou la capacité physique ou mentale du membre et pouvant entraver sa capacité à travailler de manière sûre et éthique en tant que thérapeute respiratoire?

OUI (Prière de fournir les détails ci-dessous.)

NON

NOM DU REGISTRAIRE OU DE LA PERSONNE DÉSIGNÉE
(ÉCRIRE LISIBLEMENT)

DATE (MM/JJ/AAAA)

SIGNATURE DU REGISTRAIRE OU DE LA
PERSONNE DÉSIGNÉE