



Formulaire de vérification de l'INSCRIPTION

Les candidats qui sont (ou ont été) titulaires d'un permis ou dûment inscrits pour exercer la thérapie respiratoire à l'extérieur de l'Ontario, ou exercer une autre profession, doivent soumettre le formulaire de vérification d'inscription (en anglais seulement). Le formulaire doit provenir de l'organisme de réglementation concerné et être transmis directement à l'Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario (OTRO).

À noter : Si vous êtes inscrit comme thérapeute respiratoire dans une autre province sous réglementation canadienne, veuillez utiliser le [formulaire d'attestation de qualifications de l'ANORTR](#) (en anglais seulement).

SECTION 1: CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Cette section doit être remplie par le CANDIDAT. Une fois la section remplie, veuillez la transmettre l'organisme de réglementation auprès duquel vous êtes ou avez été inscrit.

COORDONNÉES DU CANDIDAT

PRÉNOM :

NOM DE FAMILLE :

NUMÉRO D'INSCRIPTION :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

COURRIEL :

CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Par la présente, je consens et j'autorise

(NOM DE L'ORGANISME DE RÉGLEMENTATION ACTUEL/PRÉCÉDENT)

à transmettre les renseignements demandés à la **Section 2** ainsi que toute autre information requise par l'OTRO pour le traitement de ma demande d'inscription.

SIGNATURE DU CANDIDAT

DATE (DD/MM/AAAA)



SECTION 2: VÉRIFICATION DE L'INSCRIPTION

Cette section sera remplie par l'ORGANISME DE RÉGLEMENTATION auprès duquel vous êtes ou avez été inscrit. Elle sera transmise directement à l'OTRO dès qu'elle aura été remplie.

Je, _____
EN LETTRES MOULÉES (REGISTRAIRE ou PERSONNE DÉSIGNÉE)

agissant au nom de _____
ORG. DE RÉG. /DE DÉL. DES PERMIS

certifie que les déclarations suivantes et toute information supplémentaire fournie sont véridiques et exactes en ce qui concerne les antécédents de l'inscription concernant :

NOM DU CANDIDAT

NUMÉRO D'INSCRIPTION

DATE DE L'INSCRIPTION:

DU JJ/MM/AA

à JJ/MM/AA

1. Le certificat d'inscription/permis du candidat est-il actuellement assorti ou a-t-il été assorti de conditions, de restrictions ou de limitations?

OUI (Prière de fournir les détails ci-dessous)

NON

2. Le candidat fait-il ou a-t-il 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. Le candidat fait-il ou a-t-il 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 d'une loi encadrant la pratique d'une profession?

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

5. Le candidat a-t-il des obligations en suspens ou non remplies à l'égard de votre organisation (par exemple, des frais, des amendes, des coûts, des exigences en matière d'un programme d'assurance de la qualité ou de maintien 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 d'un autre événement, d'une autre circonstance, d'une autre condition ou d'un autre sujet non divulgué ci-dessus qui, selon vous, pourrait être pertinent pour la compétence, la conduite, le professionnalisme ou la capacité physique/mentale du candidat et qui pourrait entraver la capacité du candidat à fonctionner 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 PERSONNES DÉSIGNÉE
(en LETTRES MOULÉES svp)

DATE (MM/JJ/AAAA)

SIGNATURE DU REGISTRAIRE OU DE LA
PERSONNE DÉSIGNÉE

LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE ENVOYÉ AU BUREAU DE L'OTRO PAR L'ORGANISME DE RÉGLEMENTATION OU ASSOCIATION PROFESSIONNELLE

COURRIEL: registrationservices@crto.on.ca

TÉLÉCOPIEUR: 416-591-7890

POSTE : L'OTRO, 90, rue Adelaide Ouest, bureau 300 Toronto (Ontario) M5H 3V9

QUESTIONS: t: 416-591-7800 or toll free 1-800-261-0528 web: www.crto.on.ca