



Ordre des  
**TECHNOLOGUES  
PROFESSIONNELS**  
du Québec

## **DEMANDE DE CHANGEMENT DE STATUT AU TABLEAU DE L'ORDRE**

### **IMPORTANT**

Ce document doit être rempli par le membre qui souhaite effectuer un changement de son statut professionnel dans le Tableau de l'Ordre.

#### **Collecte, utilisation et communication des renseignements personnels**

Cette démarche obligatoire permet d'analyser votre situation professionnelle et de contrôler l'exercice de la profession afin d'assurer la mission de protéger le public. En remplissant et transmettant ce formulaire, vous consentez à la collecte et à l'utilisation par l'Ordre de vos renseignements personnels déclarés aux fins de protection du public. Ceux-ci seront accessibles aux membres du personnel de l'Ordre qui en ont besoin dans l'exercice de leurs fonctions.

Pour toute question ou demande relative à la gestion de vos renseignements personnels par l'Ordre, consultez notre [Politique de confidentialité concernant les renseignements recueillis à l'aide d'un moyen technologique](#) ainsi que nos [Règles encadrant la gouvernance des renseignements personnels et l'accès aux documents](#).

**Veillez retourner cette demande dûment remplie et signée ainsi qu'une copie de la preuve correspondant à votre situation, le cas échéant**

**Par courriel à : [renouvellement@otpa.org](mailto:renouvellement@otpa.org)**

## IDENTIFICATION

M.       Mme       Autre

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Téléphone 2: \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Numéro de permis : \_\_\_\_\_

## CHANGEMENT DE STATUT (Veuillez cocher la catégorie souhaitée.)

Par la présente, je demande à être inscrit(e) au tableau de l'Ordre des technologues professionnels du Québec en tant que membre :

Régulier

À la retraite

Sans emploi (En congé parental de plus de 12 semaines, Étudiant à temps plein, En congé de maladie/Invalidité, etc.)

Je demande que mon changement de statut soit effectif à compter du (AAAA-MM-JJ) : \_\_\_\_\_,

et ce, jusqu'au au (AAAA-MM-JJ) : \_\_\_\_\_.

*(Si vous demandez le statut de retraité, vous n'avez pas à indiquer une date de fin.)*

## DÉCLARATIONS

**Veillez apposer vos parapthes à l'endroit indiqué.**

PARAPHES

1) Je m'engage à ne poser aucune activité professionnelle liée à ma profession, pas même à temps partiel ni à titre gratuit, tant que je n'aurai pas le statut de membre régulier.

2) J'ai pris connaissance de l'article 60 du *Code des professions* :

*« Tout professionnel doit élire domicile en faisant connaître au secrétaire de l'Ordre dont il est membre le lieu où il exerce principalement sa profession, dans les 30 jours où il commence à exercer celle-ci ou, s'il ne l'exerce pas, le lieu de sa résidence ou de son travail principal; le domicile ainsi élu constitue le domicile professionnel. Il doit aussi lui faire connaître tous les autres lieux où il exerce sa profession. » Il doit également aviser le secrétaire de tout changement à ce sujet, dans les 30 jours du changement. « Tout membre d'un ordre dont la loi constitutive mentionne, à des fins d'élection ou pour toute consultation des membres, le lieu de résidence ou de domicile plutôt que le lieu du domicile professionnel, doit aviser le secrétaire de l'ordre de tout changement de son lieu de résidence ou de domicile, selon le cas, dans les 30 jours de ce changement. »*

3) Je comprends que si je demande éventuellement à être réinscrit(e) à titre de membre régulier, je devrai payer les frais afférents s'il y a lieu, et que je serai soumis(e) à nouveau à certaines obligations professionnelles, notamment en matière d'assurance de la responsabilité professionnelle et de la formation continue, s'il y a lieu.

4) Je comprends que si je retourne à la pratique professionnelle sans avoir modifié mon statut de membre auprès de l'Ordre, je peux m'exposer aux sanctions administratives et disciplinaires, telles que prévues par le *Code des professions* et par les règlements adoptés en vertu cette loi.

5) Je m'engage à aviser l'Ordre des technologues professionnels du Québec de tout changement à mon statut professionnel dans les délais impartis.

6) Je déclare que tous les renseignements ci-dessus sont exacts et complets.

## SIGNATURE

En foi de quoi j'ai signé le (AAAA-MM-JJ) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature