



Vérification D'EMPLOI

SECTION 1

Cette section doit être remplie par le candidat, puis envoyée à l'employeur de la province ou du territoire d'exercice de la thérapie respiratoire¹ dans les cinq dernières années.

Je, _____ autorise par les présentes _____
NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE NOM DE L'EMPLOYEUR

à fournir les renseignements demandés ci-dessous ainsi que tout autre renseignement supplémentaire demandé par l'Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario (l'OTRO) visant le traitement de ma demande d'inscription.

SIGNATURE DU CANDIDAT

DATE

SECTION 2

Cette section doit être remplie par l'employeur (de préférence le supérieur immédiat du candidat) et envoyée directement à l'OTRO dans les quinze jours suivant la réception.

La présente atteste que _____
NOM DU CANDIDAT

est ou a été employé par _____
NOM DE L'EMPLOYEUR

TITRE DU POSTE DU CANDIDAT : _____

DATE D'EMBAUCHE: _____ DERNIÈRE DATE DE L'EMPLOI (s'il y a lieu): _____

NOMBRE TOTAL D'HEURES D'EXERCICE DANS LES TROIS DERNIÈRES ANNÉES (s'il y a lieu) : _____

1. Le candidat a-t-il déjà fait l'objet de mesures disciplinaires, de suspension, d'une démission, d'un congédiement ou d'une mesure semblable concernant son emploi ou un contrat de service? Oui* Non
2. Êtes-vous au courant d'autres renseignements (p. ex., conclusion de procédures judiciaires ou de plaintes) concernant les compétences, la conduite, les capacités physiques ou mentales qui pourraient influencer la capacité du candidat à remplir les fonctions de thérapeute respiratoire? Yes* Non

*Si la réponse est affirmative, veuillez remplir d'autres renseignements supplémentaires, dont une description de la question, les conclusions pertinentes et toute ordonnance ou amende associée.

¹ Pour de plus amples renseignements sur ce que signifie l'exercice de la thérapie respiratoire, consultez le [feuillet d'information « Est-ce que j'exerce la profession? »](#).

