College of Respiratory Therapists of Ontario

Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario

N.B. Pour que le formulaire fonctionne correctement, vous devez d'abord le sauvegarder sur votre ordinateur et le rouvrir avec Adobe Acrobat Reader pour ajouter des informations. Ensuite, sauvegardez une fois terminé.

Demande de RÉINTÉGRATION

des membres inscrits avec un certificat d'inscription de catégorie INACTIVE

En vertu du Règlement sur l'inscription (Rég. O. 596/94, Partie VIII), un membre inactif peut obtenir un certificat d'inscription de catégorie générale ou limitée s'il convainc le Comité d'inscription qu'il possède les compétences, connaissances et capacités de jugement nécessaires à l'exercice de la thérapie respiratoire. En règle générale, un membre inactif ayant exercé pendant au moins **1 125** heures dans les trois années précédant sa demande de rétablissement répond aux exigences relatives à l'état actuel des compétences. Si ce n'est pas le cas ou s'il y a des réserves à l'égard de ses connaissances, de ses compétences ou de son jugement, sa demande est envoyée au Comité d'inscription pour examen. Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez la politique sur le certificat d'inscription de catégorie inactive.

Les membres de catégorie inactive ne peuvent reprendre l'exercice de la profession en Ontario jusqu'à ce que leur certificat d'inscription général ou limité ait été réintégré par l'OTRO. Ce processus de réintégration peut demander jusqu'à huit semaines.

1. COORDONNÉES PERSONNELLES

PRÉNOM

NOM DE FAMILLE

NO D'INSCRIPTION

NO D'APP.

ADRESSE MUNICIPALE

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

PAYS

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

COURRIEL

2. PROFIL D'EMPLOI

S'il y a lieu, indiquer le nombre total d'heures d'exercice de la thérapie respiratoire dans les trois dernières années :

Pour de plus amples renseignements sur la définition de l'exercice de la thérapie respiratoire, consultez le feuillet d'information « Est-ce que j'exerce la profession? ».

Dernière date de pratique de la thérapie respiratoire :

EMPLOI LE PLUS RÉCENT À TITRE DE THÉRAPEUTE RESPIRATOIRE ☐ SANS OBJET

NOM DE L'EMPLOYEUR

ADRESSE

POSTE OCCUPÉ HELD

DATE DE DÉBUT DE L'EMPLOI

DATE DE FIN D'EMPLOI, s'il y a lieu

SITUATION ☐ TEMPLS PLEIN ☐ TEMPS PARTIEL ☐ OCCASIONNEL

EN ATTENTE D'UN EMPLOI EN THÉRAPIE RESPIRATOIRE EN ONTARIO (CHOISIR UNE DES RÉPONSES SUIVANTES)

☐ Je retournerai d'un congé auprès de mon employeur précédent (voir ci-dessus). La date de prévue de mon retour est le

☐ Je débuterai un nouvel emploi en Ontario (veuillez fournir les détails à la page 2). La date provisoire de début de cet emploi est le

☐ S.O. Je n'ai pas d'emploi en thérapie respiratoire en attente en Ontario.

Si vous avez trouvé un nouvel emploi en thérapie respiratoire en Ontario (sous réserve de votre réintégration), veuillez fournir les renseignements suivants :

NOM DE L'EMPLOYEUR

ADRESSE

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

TITRE DU POSTE NOM DU SURVEILLANT

CATÉGORIE D'EMPLOI ☐ PERMANENT ☐ TEMPORAIRE ☐ OCCASIONNEL

SITUATION ☐ TEMPS PLEIN ☐ TEMPS PARTIEL ☐ OCCASIONNEL

3. DÉCLARATION ET AUTORISATION

☐ Je confirme être couvert par une assurance responsabilité civile professionnelle personnelle ou de l'employeur au montant prévu dans le **règlement administratif 3 de l'OTRO**, section 6 (pour de plus amples renseignements, consultez le feuillet d'information sur l'assurance responsabilité civile professionnelle).

Si vous n'avez pas d'assurance responsabilité civile professionnelle, veuillez remplir ce qui suit :

- ☐ Je demande une exemption à l'obligation d'assurance responsabilité civile professionnelle pour la raison que je ne travaille pas actuellement en thérapie respiratoire (je suis de la catégorie inactive ou je n'exerce pas la profession), et
- ☐ J'ai lu et compris les exigences d'assurance responsabilité civile professionnelle prévues dans les règlements de l'OTRO et souscrirai une telle assurance avant de commencer à exercer.

☐ Je participe au Programme de perfectionnement professionnel de l'OTRO et tiendrai à jour mon PORTfolio, puisqu'il s'agit d'une condition d'inscription prévue dans les règlements de l'OTRO.

☐ Je **consens** à aviser l'Ordre, par écrit, **dans les 30 jours**, de tout changement concernant mes données personnelles, mon emploi et(ou) mon inscription et ma conduite professionnelle.

☐ Je **déclare et atteste aux présentes** que les déclarations que j'ai faites aux présentes sont exactes et complètes à mes connaissances.

☐ Je **comprends** qu'effectuer une déclaration fausse ou trompeuse peut être considéré comme un manquement professionnel en vertu du Règlement de l'Ontario 753/93.

SIGNATURE **DATE**

4. FRAIS D'INSCRIPTION

Les frais de réintégration des membres de catégorie inactive sont calculés proportionnellement comme suit

☐ $575.00 mars - mai ☐ $225.00 septembre - novembre

☐ $400.00 juin - août ☐ $50.00 décembre - février

MODE DE PAIEMENT

☐ CHÈQUE ☐ MANDAT (à l'ordre de l'OTRO)

☐ Transaction bancaire en ligne/télépaiement Nom de l'établissement

Date de la transaction : (veuillez utiliser votre numéro d'inscription de l'OTRO comme numéro de compte)

☐ VISA ☐ MASTER CARD

NUMÉO DE CARTE DE CRÉDIT DATE D'EXPIRATION (MM AA)

SIGNATURE NOM DU TITULAIRE

PRÉSENTATION DE VOTRE DEMANDE

POSTE : OTRO, 90, rue Adelaide Ouest, bureau 300, Toronto (Ontario) M5H 3V9; TÉLÉCOPIEUR : 416-591-7890

QUESTIONS : Tél. : 416 591-7800 ou sans frais 1 800 261-0528, Courriel : registrationservices@crto.on.ca Web : www.crto.on.ca

Effacer les donnees du formulaire | Imprimer le formulaire