



Demande D'INSCRIPTION

Pour exercer la thérapie respiratoire en Ontario, vous devez être inscrit auprès de l'Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario. Pour effectuer une demande, remplissez le formulaire de demande et envoyez-le au bureau de l'OTRO. TOUTES les sections doivent être remplies et tous les documents à l'appui doivent être reçus à l'OTRO pour permettre le traitement de votre demande.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon de remplir le présent formulaire, voyez le [GUIDE DE DEMANDE D'INSCRIPTION](#).

RENSEIGNEMENTS SUR L'INSCRIPTION (cochez toutes les réponses appropriées)

- J'effectue une demande pour recevoir un **certificat d'inscription pour personne diplômée** (temporaire).
- J'effectue une demande pour recevoir un **certificat d'inscription général**.
- Je suis actuellement inscrit pour exercer à titre de thérapeute respiratoire dans un autre territoire canadien.
- J'ai déjà effectué une demande d'inscription ou j'ai déjà été inscrit auprès de l'OTRO.

1. DONNÉES PERSONNELLES

PRÉNOM SECOND(S) PRÉNOM(S) NOM DE FAMILLE

NOM(S) PRÉCÉDENTS(S) (s'il y a lieu)

Si vous désirez vous inscrire sous un nom différent du nom figurant sur vos documents de formation, de citoyenneté ou d'immigration, vous devez fournir la photocopie d'un document légal attestant le changement de nom, p. ex., un certificat de mariage ou un document sur le changement de nom légal.

DATE DE NAISSANCE (MM/JJ/AAAA)

SEXE

HOMME FEMME

2. ADRESSE À DOMICILE / COORDONNÉES

NO D'APP. ADRESSE MUNICIPALE

VILLE PROVINCE

CODE POSTAL PAYS

COURRIEL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE

3. STATUT DE RÉSIDENT * Voyez le Guide pour savoir quelle documentation est requise.

- Je suis un citoyen canadien
- Je suis un résident permanent/immigrant reçu au Canada
- J'ai un permis de travail valide qui me permet de travailler en thérapie respiratoire au Canada. Si oui, l'autorisation prend fin le (MM/JJ/AAAA)

OFFICE USE ONLY						RECEIVED DATE	APPL. FEE	REGISTRATION DATE
-----------------	--	--	--	--	--	---------------	-----------	-------------------

4. COMPÉTENCES LINGUISTIQUES * Voyez le Guide pour savoir quelle documentation est requise

Langue maternelle ANGLAIS FRANÇAIS AUTRE (veuillez préciser)

Langue de la formation en thérapie respiratoire
(ou dans un domaine connexe) ANGLAIS FRANÇAIS AUTRE (veuillez préciser)

Langue préférée pour la correspondance avec l'Ordre ANGLAIS FRANÇAIS

Langues dans lesquelles vous pouvez personnellement offrir des services de thérapie respiratoire compétents
 ANGLAIS FRANÇAIS AUTRE (veuillez préciser)

5. FORMATION EN THÉRAPIE RESPIRATOIRE * Voyez le Guide pour savoir quelle documentation est requise

	Nom de l'établissement d'enseignement	Province/pays	Année de la remise de diplôme
<input type="checkbox"/> Diplôme			
<input type="checkbox"/> Baccalauréat			
<input type="checkbox"/> Maîtrise			
<input type="checkbox"/> Doctorat			
<input type="checkbox"/> Autre			

6. AUTRE FORMATION POSTSECONDAIRE

	Champ d'étude	Nom de l'établissement d'enseignement	Province/pays	Année de la remise de diplôme
<input type="checkbox"/> Diploma				
<input type="checkbox"/> Baccalaureate				
<input type="checkbox"/> Master				
<input type="checkbox"/> Doctorate				
<input type="checkbox"/> Autre				

7. EXAMENS EN THÉRAPIE RESPIRATOIRE * Voyez le Guide pour savoir quelle documentation est requise

Avez-vous passé l'examen du Conseil canadien des soins respiratoires? Oui Non Date de l'examen

Sinon, quelle affirmation parmi les suivantes s'applique à vous?

Vous vous êtes inscrit ou avez l'intention de vous soumettre à l'examen du CCSR Oui Non Date de l'examen

Vous avez passé un autre examen de thérapie respiratoire. Oui Non Date de l'examen

Nom de l'organisme d'examen

8. INSCRIPTION PROFESSIONNELLE * Voyez le Guide pour savoir quelle documentation est requise

Avez-vous déjà été inscrit ou obtenu un permis pour exercer à titre de thérapeute respiratoire ou d'une autre profession, dans une autre province ou pays?

Oui **Non** Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous et remplissez le Formulaire de vérification d'inscription pour confirmer votre statut d'inscription auprès d'un organisme de réglementation ou d'octroi de permis.

Organisme de réglementation ou d'octroi de permis	No d'inscription/de permis	Province/État/Pays	Date d'expiration

9. PROFIL D'EMPLOI

9.a Historique d'emploi

Avez-vous déjà exercé la thérapie respiratoire dans une autre juridiction, à un moment donné?

Oui Si oui :

- Veuillez indiquer le nom et les coordonnées de tous vos employeurs en thérapie respiratoire, en commençant par le plus récent. Indiquez les dates de début et de fin. Au besoin, continuez sur une feuille séparée.
- Remplissez le Formulaire de vérification d'emploi (pour chaque lieu de travail dans le ou les juridictions dans lesquelles vous avez exercé la thérapie respiratoire, ou dans un domaine connexe, au cours des cinq dernières années).
- Joignez à la présente demande une copie de votre curriculum vitae

Non Si non, passez à la section **9.b**

Date de début	Date de début	Poste détenu
Nom de l'employeur		
Adresse de l'employeur		Province/État
Pays	Numéro de téléphone	
Date de début	Date de début	Poste détenu
Nom de l'employeur		
Adresse de l'employeur		Province/État
Pays	Numéro de téléphone	
Date de début	Date de début	Poste détenu
Nom de l'employeur		
Adresse de l'employeur		Province/État
Pays	Numéro de téléphone	
Date de début	Date de début	Poste détenu
Nom de l'employeur		
Adresse de l'employeur		Province/État
Pays	Numéro de téléphone	

9.b En attente d'un emploi en thérapie respiratoire en Ontario

Avez-vous trouvé un emploi en thérapie respiratoire en Ontario (en attente d'une inscription)?

Oui Si oui, veuillez remplir la section ci-dessous

Non Si non, passez à la section 10

Date de début provisoire	Titre du poste		
Nom de l'employeur			
Service			
Adresse			
Numéro de téléphone	Poste	Numéro de télécopieur	
Nom du surveillant			
Catégorie d'emploi	<input type="checkbox"/> Permanent	<input type="checkbox"/> Temporaire	<input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Travailleur autonome
Employment Status	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel	<input type="checkbox"/> Occasionnel

10. CONDUITE PROFESSIONNELLE

- a. Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'une infraction comme celles indiquées ci-dessous? (Vous devez signaler toute conclusion, même si elle a fait l'objet d'une absolution ou d'un pardon).
- | | |
|---|--|
| i. Infraction criminelle au Canada ou à l'extérieur du Canada | <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non |
| ii. Infraction en vertu de la <i>Loi sur l'assurance-maladie</i> | <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non |
| iii. Infraction reliée à la prescription, au mélange, à la délivrance, à la vente ou à l'administration d'un médicament | <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non |
| iv. Infraction s'étant produite lors de la prestation de soins de santé, ou y étant liée | <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non |
| v. Infraction s'étant produite alors que vos facultés étaient affaiblies ou que vous étiez en état d'ivresse | <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non |
| vi. Toute autre infraction pouvant constituer un empêchement à l'exercice de la profession | <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non |
- b. Avez-vous déjà fait l'objet de conditions de mise en liberté (p. ex., restrictions de déplacement à l'extérieur du Canada)? Oui* Non
- c. Avez-vous déjà été discipliné, suspendu, contraint à démissionner, congédié ou soumis à une procédure semblable en relation à un emploi ou à un contrat de services? Oui* Non
- d. Avez-vous déjà été reconnu coupable d'une négligence ou d'un manquement professionnel? Oui* Non
- e. Avez-vous déjà été poursuivi pour cause d'inconduite, d'incompétence ou d'incapacité ou avez-vous fait l'objet d'une requête ou autre procédure du même genre intentée par un organisme d'octroi de permis ou de réglementation d'une profession? Vous devez signaler toute conclusion même si elle n'est pas accessible au public et même si vous avez purgé une pénalité. Oui* Non
- f. Y a-t-il des faits, des situations, des conditions ou des questions non divulgués dans votre réponse aux questions précédentes portant sur votre compétence, votre conduite ou vos capacités physiques ou mentales qui pourraient constituer un empêchement à l'exercice de la profession de thérapeute respiratoire? Oui* Non

* Si vous répondez par l'affirmative aux questions ci-dessus, vous DEVEZ fournir tous les détails sur une feuille séparée et la joindre au présent formulaire.

11. DÉCLARATION ET AUTORISATION

- Je déclare et atteste** que les déclarations faites par moi sont complètes et correctes à ma connaissance.
- Je conviens** que toute déclaration fautive ou trompeuse peut entraîner la révocation de mon certificat d'inscription auprès de l'Ordre.
- Je consens** à aviser l'Ordre, par écrit, dans un délai de 30 jours, de toute modification des renseignements contenus dans le présent formulaire, y compris mes renseignements personnels, l'information sur ma situation professionnelle, mon inscription et ma conduite.
- Je conviens** que si mon inscription est approuvée, je serai tenu de me conformer à la politique de l'OTRO en matière d'assurance responsabilité civile professionnelle.
- Je conviens** que si mon inscription est approuvée, je serai tenu de me conformer au **Programme d'assurance de la qualité** de l'OTRO tel que prévu dans la réglementation (Rég. O. 596/94, Partie VI) et de la forme et de la manière exigées par l'OTRO.
- J'autorise** par la présente les sources indiquées sur le présent formulaire à fournir à l'Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario tout renseignement à mon sujet qu'ils auraient en leur possession, aux fins d'inscription auprès de l'Ordre.



SIGNATURE

DATE



Application CHECKLIST

Veillez consulter la liste de vérification ci-dessous qui contient tous les documents requis dans le cadre de votre demande auprès de l'OTRO. Pour des renseignements sur la façon de remplir le formulaire de demande, voyez le Guide de la demande d'inscription. Les documents fournis avec votre demande seront conservés à l'OTRO et versés à votre dossier.

- Formulaire de demande**
Rempli, signé et daté
- Frais de demande de 75 \$**
À l'ordre de l'OTRO
- Preuve de citoyenneté canadienne, de statut de résident permanent ou permis de travail valide**
P. ex., photocopie de certificat de naissance, carte de résidence
- Preuve de compétences linguistiques (s'il y a lieu)**
Si votre langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais et que vous n'avez pas reçu votre formation en thérapie respiratoire ou dans un domaine connexe dans une de ces deux langues
- Preuve de réussite de votre programme de thérapie respiratoire (relevé de notes, s'il y a lieu)**
S'applique aux diplômés de programmes de thérapie respiratoire approuvés. Assurez-vous que votre établissement d'enseignement envoie votre relevé de notes directement à l'Ordre
- Évaluation des compétences par World Education Services (s'il y a lieu)**
S'applique aux candidats formés à l'extérieur du Canada. Assurez-vous que WES envoie votre évaluation de compétences et rapport d'attestation (évaluation cours par cours) directement à l'Ordre
- Preuve de réussite d'examen approuvé (s'il y a lieu)**
P. ex., photocopie de vos résultats de l'examen du Conseil canadien des soins respiratoires
- Formulaire de vérification de l'inscription (s'il y a lieu)**
Si vous êtes inscrit à titre de thérapeute respiratoire dans une autre juridiction, ou si vous êtes inscrit à une autre profession de la santé. L'organisation de réglementation ou d'octroi de permis doit envoyer ce formulaire directement à l'Ordre.
- Curriculum vitae (s'il y a lieu)**
Si vous avez travaillé en thérapie respiratoire ou dans un domaine connexe
- Formulaire de vérification d'emploi (s'il y a lieu)**
Si vous avez travaillé en thérapie respiratoire ou dans un domaine connexe. Le lieu de travail doit envoyer ce formulaire directement à l'Ordre.
- Autre documentation (s'il y a lieu), p. ex., une preuve de changement de nom**
