



7151, rue Jean-Talon, Est, bureau 700
Anjou, (Québec) H1M 3N8
T: 514 351-2770 poste 254 Sans frais: 1 800 361-2001
Fax: 514 351-2658 Courriel: secretariat_general@oppq.qc.ca

En raison de mon congé de maladie, je soussigné(e), _____,
résidant au _____,
demande au secrétaire de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, de m'accorder une réduction de
ma cotisation professionnelle.

À cette fin, je déclare ce qui suit:

- Je suis en congé de maladie pour une période **d'au moins 24 semaines consécutives**
- J'ai cessé mes activités professionnelles en date du : _____
ANNÉE | MOIS | JOUR
- Je n'ai pas exercé la profession **ou** je m'engage à ne pas exercer la profession jusqu'au : _____
ANNÉE | MOIS | JOUR
- J'accepte en conséquence qu'une mention de « non-exercice » soit inscrite au Tableau des membres de l'Ordre pour la période mentionnée ci-haut, et ce, tant que je bénéficierai d'une telle réduction de la cotisation professionnelle.
- Je m'engage à aviser par écrit et sans délai le secrétaire de l'Ordre, si le motif en vertu duquel j'aurai obtenu cette réduction de cotisation professionnelle venait à changer, afin que les démarches appropriées soient entreprises en vue de rétablir mon plein droit d'exercice, le cas échéant.

Veillez retourner ce formulaire en incluant le document suivant:

- Le billet médical signé par le médecin dans lequel on confirme la période d'absence au travail.

En foi de quoi, j'ai signé à _____ ce _____
VILLE ANNÉE | MOIS | JOUR

NOM DU MEMBRE EN LETTRES MOULÉES NUMÉRO DU MEMBRE

X _____
SIGNATURE DU MEMBRE

ACCEPTÉE LE:

RÉSERVÉ AU SECRÉTAIRE DE
L'ORDRE

VEUILLEZ NOTER QUE POUR ÊTRE TRAITÉE, CETTE DEMANDE DOIT PARVENIR À L'OPPQ DANS UN DÉLAI
RAISONNABLE APRÈS LE RETOUR DU CONGÉ DE MALADIE.