



ORDRE DES
TECHNOLOGUES PROFESSIONNELS
DU QUÉBEC

DEMANDE D'AUTORISATION SPÉCIALE D'ÉTAT D'URGENCE SANITAIRE COVID-19

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	
Prénom :	Nom :
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Téléphone :	
Courriel :	

RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS
Numéro de permis :
Domaine de pratique :
Activités en lien avec votre demande (cochez la ou les case(s) applicable(s)): <input type="checkbox"/> Vaccination <input type="checkbox"/> Dépistage
Nom de l'établissement de la santé où vous exercerez vos activités:

SIGNATURE	
Date :	Signature:

En vertu des arrêtés ministériels 2020-022, 2021-022 et 2021-091 du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, je comprends que cette autorisation ne me permet pas d'être membre de l'OTPO et me dispense de payer une cotisation annuelle ainsi qu'une assurance responsabilité professionnelle. Je comprends également que je suis tenu aux mêmes obligations déontologiques et aux autres règles encadrant l'exercice de la profession.