

Entente de supervision – Certificat d'exercice provisoire

Renseignements importants	
<p>Postulant provisoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Ce formulaire doit être signé par l'ergothérapeute superviseur, l'employeur et le postulant (ergothérapeute demandant un certificat d'exercice provisoire) et remis à l'Ordre pour approbation au moins une semaine avant la date de début d'emploi proposée. Vous ne pourrez pas commencer votre emploi tant que vos documents n'auront pas été soumis et approuvés et que vous n'aurez pas payé les droits d'inscription et reçu votre numéro d'inscription de l'Ordre. Ceci comprend les activités d'apprentissage par observation (compagnonnage) et d'orientation au rôle ou au lieu de l'emploi. 	<p>Membre inscrit provisoire</p> <p>Vous avez un nouvel employeur ou un employeur additionnel?</p> <p>Ce formulaire doit être signé par l'ergothérapeute superviseur, l'employeur et le membre inscrit provisoire, et remis à l'Ordre pour approbation avant de commencer à travailler au nouveau lieu d'emploi.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Tous les superviseurs doivent détenir un certificat d'inscription général délivré par l'Ordre depuis au moins un an. Les superviseurs doivent être approuvés par la registraire de l'Ordre. Voir la Politique sur l'approbation des superviseurs et d'autres mandataires de l'Ordre (en anglais seulement) pour plus de détails. 	
Renseignements sur le postulant/membre inscrit provisoire	
Nom :	
Date de début d'emploi :	
Date de l'examen :	
<p>Choisir la raison pour la soumission de ce formulaire :</p> <p><input type="checkbox"/> Je sou mets cette entente de supervision pour approbation</p> <p><input type="checkbox"/> Je demande un changement de superviseur</p> <p><input type="checkbox"/> J'ajoute un second superviseur</p>	
Renseignements sur l'employeur	
À titre d'employeur, j'atteste que la personne nommée ci-dessus a besoin de supervision, conformément au plan établi par l'ergothérapeute superviseur.	
Nom de l'organisme :	
Adresse (rue, ville, province, code postal – indiquer l'emplacement si vous exercez à un autre endroit) :	
Nom de la personne autorisée à signer au nom de l'employeur :	Titre de la personne autorisée à signer au nom de l'employeur :

Numéro de téléphone :	
Renseignements sur le superviseur	
Nom :	Numéro d'inscription à l'Ordre :
Numéro de téléphone :	Courriel :
Entente du superviseur	
<p>En tant qu'ergothérapeute superviseur, je comprends et j'accepte ce qui suit : (cocher les cases et signer en dessous pour confirmer l'entente)</p> <p><input type="checkbox"/> Je vais évaluer les connaissances, les aptitudes et le jugement du postulat/membre inscrit provisoire et déterminer le niveau de supervision approprié requis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je vais accroître ou décroître le niveau de supervision selon les besoins • Si je suis incapable de remplir mes devoirs de superviseur, j'aviserai l'Ordre immédiatement • Je m'assurerai que mes connaissances des normes et des ressources de l'Ordre sont à jour • J'accepte de créer et de maintenir un Plan de supervision – Certificat d'exercice provisoire pendant toute la période de supervision • J'accepte de soumettre le plan de supervision sur demande de l'Ordre <p><input type="checkbox"/> Je comprends que je dois aviser l'Ordre immédiatement si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je crois que le postulant/membre inscrit provisoire est incompetent ou incapable de fournir des soins sécuritaires aux patients/clients • Le postulant/membre inscrit provisoire est congédié pour faute professionnelle, incompetence ou incapacité • Le postulant/membre inscrit provisoire doit être congédié mais démissionne avant d'être congédié • J'ai appris que le postulant/membre inscrit provisoire pourrait avoir infligé de mauvais traitements d'ordre sexuel à un patient/client 	
Signatures	
Signature du postulant/membre inscrit provisoire :	Date de la signature :
Signature de l'employeur :	Date de la signature :
Signature du superviseur :	Date de la signature :

Communiquer avec un responsable du programme d'inscription à registration@coto.org ou composer le 1 800 890-6570, poste 230, si vous avez des questions ou des inquiétudes.