



Autorisation de transmission de renseignements historiques réglementaires

Cette section doit être remplie par les postulants voulant s'inscrire en Ontario.

Prénom :		Nom de famille :	
Adresse (numéro, rue, appart.) :			
Ville :		Province/État :	Code postal :
Pays :		Téléphone :	Courriel :

J'ai, _____ soumis une demande pour m'inscrire auprès de l'Ordre des ergothérapeutes
(nom du postulant)

de l'Ontario (l'Ordre). Dans le cadre du processus d'inscription, l'Ordre exige que vous remplissiez le formulaire d'autorisation de transmission de renseignements historiques réglementaires.

Je consens et j'autorise irrévocablement par la présente _____
(nom de l'organisme de réglementation)

à transmettre toute information requise par l'Ordre, à mes dépens. Je comprends que ceci signifie une divulgation complète de toute l'information que vous avez à mon sujet, y compris :

- Détails sur l'inscription, la membriété ou la détention de permis/licences auprès de tout autre organisme de réglementation en Ontario ou hors de l'Ontario indiqués dans le dossier de votre organisme
- Numéro(s) d'inscription, catégorie d'inscription et statut d'inscription
- Détails de toute suspension ou révocation, y compris leur raison
- Détails de toute condition ou limite imposée à un certificat d'inscription qui est en vigueur ou en suspens
- Détails de toute procédure actuelle et de toute conclusion de faute professionnelle, d'incompétence, d'incapacité ou de tout problème similaire
- Détails de toute reconnaissance et engagement en vigueur
- Détails de toute plainte ou enquête formelle dont le résultat est quoi que ce soit, sauf une décision de ne prendre aucune action – y compris les plaintes et les enquêtes qui ne sont pas encore résolues
- Détails de toute autre information concernant votre conduite professionnelle dans votre dossier qui peut être pertinente à la demande d'inscription comme ergothérapeute en Ontario, notamment :
 - Conformité aux exigences d'inscription
 - Conformité au programme d'assurance de la qualité ou aux exigences de compétence permanente
 - Non-paiement de droits ou autre obligation non satisfaite

Signature _____

Date _____



Autorisation de transmission de renseignements historiques réglementaires

Cette section doit être remplie par l'organisme de réglementation et retournée à :

Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario
20, rue Bay, Bureau 900, C.P. 78
Toronto ON M5J 2N8

Pour toute question concernant l'information à fournir dans ce formulaire, communiquez directement avec l'Ordre à registration@coto.org ou au 416 214-1177/1 800 890-6570, poste 230.

Renseignements généraux

Nom(s) dans le dossier :

Ancien(s) nom(s) dans le dossier :

Le postulant était/est autorisé à travailler comme :

ergothérapeute autre – précisez _____

Autre(s) inscription(s) connue(s) de l'organisme :

Historique de l'inscription

Statut	Catégorie	Numéro	Date d'entrée en vigueur	Date d'échéance	Notes

Conditions ou limites en vigueur ou en suspens? Oui No
Si la réponse est oui, fournissez des détails :

Est-ce que l'inscription de ce postulant a déjà été suspendue? Oui No
Si la réponse est oui, fournissez des détails :

Est-ce que l'inscription de ce postulant a déjà été révoquée? Oui No
Si la réponse est oui, fournissez des détails :

Conduite et préoccupations

Est-ce que ce postulant a déjà été reconnu coupable de faute professionnelle, d'incompétence, d'incapacité ou d'un problème similaire?

Oui No Si la réponse est Non, fournissez des détails :

Est-ce que ce postulant fait présentement l'objet d'une procédure pour faute professionnelle, incompétence, incapacité ou problème similaire?

Oui No Si la réponse est Non, fournissez des détails :

Est-ce que ce postulant fait présentement l'objet d'une plainte ou d'une enquête formelle?

Oui No Si la réponse est oui, fournissez des détails :

Est-ce que ce postulant a déjà fait l'objet d'une plainte ou d'une enquête formelle dont le résultat était quoi que ce soit, sauf une décision de ne prendre aucune action?

Oui No Si la réponse est oui, fournissez des détails :

Est-ce que ce postulant fait l'objet de toute reconnaissance ou engagement ? Oui No Si la réponse est oui, fournissez des détails :

Est-ce que ce postulant s'est conformé à toutes les exigences d'inscription, comme le maintien des heures d'exercice, la souscription à l'assurance responsabilité professionnelle, etc.?

Oui No Si la réponse est oui, fournissez des détails :

Est-ce que ce postulant s'est conformé au programme d'assurance de la qualité ou aux exigences de compétence permanente de votre organisme?

Oui No Si la réponse est oui, fournissez des détails :

Est-ce que ce postulant a des droits en retard ou d'autres obligations non satisfaites concernant votre organisme?

Oui No Si la réponse est oui, fournissez des détails :



Autre information qui pourrait être pertinente à l'aptitude de ce postulant à pratiquer l'ergothérapie :

Date : _____

Signature du registraire ou représentant : _____

Nom de l'organisme de réglementation : _____

Adresse de l'organisme de réglementation : _____

Numéro de téléphone : _____

Veillez envoyer le formulaire rempli à :

Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario
20, rue Bay, Bureau 900, C.P. 78
Toronto ON M5J 2N8

Pour toute question concernant l'information à fournir dans ce formulaire, communiquez directement avec l'Ordre à registration@coto.org ou au 416 214-1177/1 800 890-6570, poste 230.