



Demande d'autorisation spéciale

POUR UNE PERSONNE LÉGALEMENT AUTORISÉE À EXERCER LA PROFESSION HORS DU QUÉBEC
(ART. 42.4 CODE DES PROFESSIONS)

Important : Il est obligatoire de cocher une seule case pour indiquer s'il s'agit de votre 1^{re} demande ou plus et d'indiquer la durée requise de votre autorisation spéciale.

1 ^{re} demande / date :	3 ^e demande / date :
2 ^e demande / date :	Plus que trois (3) demandes
Autorisation spéciale demandée pour mois (maximum 12 mois)	

PARTIE A – INFORMATIONS DU DEMANDEUR

Renseignements personnels

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE (NO CIVIQUE, RUE)			APPARTEMENT
VILLE, PROVINCE, PAYS		CODE POSTAL	CASIER POSTAL
TÉLÉPHONE DE JOUR		COURRIEL	

Coordonnées professionnelles

EMPLOYEUR				
ADRESSE (NO CIVIQUE, RUE), VILLE, PROVINCE, PAYS			CODE POSTAL	CASIER POSTAL
TÉLÉPHONE AU TRAVAIL POSTE			COURRIEL	

Légalement autorisé à exercer au sein des organismes suivants

NOM DE L'ORGANISME	N° DE MEMBRE
DATE D'ADMISSION	STATUT
NOM DE L'ORGANISME	N° DE MEMBRE
DATE D'ADMISSION	STATUT

Veillez joindre à la présente l'original d'un certificat de membre en règle de l'officier compétent de l'organisme dont vous êtes membre attestant que vous êtes autorisé à exercer la profession de diététiste-nutritionniste hors du Québec.

Personne ou groupe de personnes pour le compte de qui j'entends exercer mes activités au Québec : en présentiel en télépratique

NOM DE LA PERSONNE OU DU GROUPE DE PERSONNES			
ADRESSE (NO CIVIQUE, RUE), VILLE, PROVINCE, PAYS		CODE POSTAL	CASIER POSTAL
BRÈVE DESCRIPTION DES ACTIVITÉS EXERCÉES			



Pour les non-résidents du Québec temporairement dans la province :

QUELLE EST LA PROVINCE DE RÉSIDENCE DU PATIENT?	QUELLE EST LA DURÉE DU SÉJOUR DU PATIENT AU QUÉBEC?
EST-CE QUE LE PATIENT SE TROUVERA AU QUÉBEC POUR PLUS DE 183 JOURS AU COURS DE L'ANNÉE? OUI NON	

Je joins une attestation provenant de mon assureur en responsabilité professionnelle garantissant que mes services professionnels concernant les activités décrites ci-haut sont assurés. oui

PARTIE B – FRAIS

Dès réception de votre formulaire de demande d'autorisation spéciale, l'ODNQ vous contactera pour le règlement par carte de crédit uniquement.

PARTIE C – DÉCLARATION

Je m'engage à exercer la profession de diététiste-nutritionniste au Québec en conformité avec la présente autorisation spéciale.

Je m'engage à respecter toutes les obligations prévues au *Code des professions*, au *Code de déontologie des diététistes* et aux règlements de l'Ordre.

Je consens à fournir **immédiatement** à l'Ordre tout changement concernant les informations fournies à la présente demande.

Signature

CETTE AUTORISATION SPÉCIALE EST ACCORDÉE SOUS LES CONDITIONS SUIVANTES :

AUTORISATION SPÉCIALE D'EXERCICE DÛMENT ACCORDÉE LE :

Présidente de l'ODNQ

Cette autorisation est valide uniquement pour la personne ou le groupe de personnes pour le compte de qui j'entends exercer les activités décrites à la partie A, pour une période de mois soit jusqu'au

RETOURNEZ PAR COURRIEL (nhounkponou@odnq.org) PUIS PAR LA POSTE LES ORIGINAUX DES DOCUMENTS SUIVANTS :

(sélectionner les documents joints)

ce formulaire dûment rempli un certificat de membre en règle une attestation d'assurance responsabilité professionnelle

Secrétaire de l'Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec
550, rue Sherbrooke Ouest, Tour Ouest, bureau 1855, Montréal (Québec) H3A 1B9