

PLAN D'ACTION

Afin de statuer sur le niveau de vos compétences et de prendre une décision juste et éclairée quant à savoir s'il y a lieu pour vous de suivre un programme de perfectionnement (lequel peut consister en des cours, des lectures, un mentorat, des stages pratiques ou une combinaison des quatre) avec ou sans limitation d'exercice conformément à l'article 45.3 du *Code des professions*, veuillez préciser vos intentions de travail dans chaque secteur d'activité et, le cas échéant, votre ouverture à restreindre ou non vos champs d'activités professionnelles.

TYPES DE PRATIQUES PAR SECTEURS D'ACTIVITÉS

Souhaitez-vous exercer les activités professionnelles en nutrition clinique?

Oui. Remplissez soigneusement la section ci-dessous.

Non. Pour quel(s) motif(s) :

Dans ce cas, je consens à signer, sous serment, une limitation volontaire afin de ne pas exercer les activités professionnelles en nutrition clinique

SECTEUR D'ACTIVITÉ	DOMAINE DE PRATIQUE <small>(Pathologies ou conditions associées. ex. : soutien nutritionnel, obésité, maladies chroniques, etc.)</small>	TYPE DE CLIENTÈLE <small>(Clientèles ciblées. ex. : adultes, enfant, femme enceinte, personnes âgées, etc.)</small>	LIEUX D'EXERCICE <small>(Milieu de travail souhaité. ex. : Hôpital, CHSLD, CLSC, GMF, cabinet privé de consultation, etc.)</small>	TYPE D'INTERVENTION <small>(Groupe, individuel, cours, formation, visite à domicile, télépratique)</small>
NUTRITION CLINIQUE				

Souhaitez-vous exercer les activités professionnelles en santé publique?

Oui. Remplissez soigneusement la section ci-dessous.

Non. Pour quel(s) motif(s) :

Dans ce cas, je consens à signer, sous serment, une limitation volontaire afin de ne pas exercer les activités professionnelles en santé publique

SECTEUR D'ACTIVITÉ	DOMAINE DE PRATIQUE <small>(Contexte d'exercice. ex. : Approche populationnelle, groupe, etc.)</small>	TYPE DE CLIENTÈLE <small>(Public ciblé. ex. : population défavorisée, etc.)</small>	LIEUX D'EXERCICE <small>(Directions de santé publique, organismes communautaires et OSBL, centres de services scolaires, etc.)</small>	TYPE D'INTERVENTION <small>(Recherche, surveillance, développement de partenariat, etc.)</small>
NUTRITION EN SANTÉ PUBLIQUE				

Souhaitez-vous exercer les activités professionnelles en gestion des services d'alimentation?

Oui. Remplissez soigneusement la section ci-dessous.

Non. Pour quel(s) motif(s) :

Dans ce cas, je consens à signer, sous serment, une limitation volontaire afin de ne pas exercer les activités professionnelles en gestion des services d'alimentation

SECTEUR D'ACTIVITÉ	DOMAINE DE PRATIQUE <small>(Planification, organisation, distribution, direction, ressources financières, etc.)</small>	TYPE DE CLIENTÈLE <small>(Clientèle ciblée : ex. : adultes, enfants, femmes enceintes, personnes âgées, etc.)</small>	LIEUX D'EXERCICE <small>(Milieu de travail souhaité. ex. : institution des soins aigus, de réhabilitation, d'enseignement, etc.)</small>	TYPE D'INTERVENTION <small>(Planification, organisation, direction, contrôle, etc.)</small>
GESTION DES SERVICES D'ALIMENTATION				

Souhaitez-vous exercer les activités professionnelles en industrie agroalimentaire et biopharmaceutique?

Oui. Remplissez soigneusement la section ci-dessous.

Non. Pour quel(s) motif(s) :

Dans ce cas, je consens à signer, sous serment, une limitation volontaire afin de ne pas exercer les activités professionnelles en industrie agroalimentaire et biopharmaceutique?

SECTEUR D'ACTIVITÉ	TYPE DE PROJET <small>(En lien avec la recherche et le développement, avec les activités de production et la stratégie de mise en marché de produits sur lesquels vous seriez portée à contribuer)</small>	LIEUX D'EXERCICE <small>(Milieu de travail souhaité)</small>	TYPED'INDUSTRIE
INDUSTRIE AGROALIMENTAIRE ET BIOPHARMACEUTIQUE			

AUTRES SECTEURS D'ACTIVITÉ <small>(Précisez. ex. : enseignement, recherche, communication...etc.)</small>	
---	--

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets :*

Oui