

DEMANDE D'AUTORISATION SPÉCIALE (ÉTAT D'URGENCE SANITAIRE)

Ce formulaire s'adresse à toute personne qui a déjà été membre de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec et dont la candidature a été retenue par un établissement de santé et services sociaux pour apporter sa contribution au sein du réseau de la santé et des services sociaux, vu l'état d'urgence sanitaire déclaré le 13 mars 2020. En application des arrêtés ministériels numéro 2020-022 et 2021-022 du ministère de la Santé et des Services sociaux datés du 15 avril 2020 et du 7 avril 2021, le président ou, en son absence, le directeur général ou le secrétaire d'un ordre professionnel du domaine de la santé peuvent accorder une autorisation spéciale d'état d'urgence sanitaire qui permet à cette personne d'exercer la profession d'exercice exclusif ou d'utiliser un titre réservé aux membres et d'exercer les mêmes activités que ces derniers. Le président ou le directeur général et secrétaire peut toutefois limiter les activités professionnelles, parmi celles que peuvent exercer les membres de l'Ordre, qui peuvent être exercées par la personne à qui est accordée l'autorisation spéciale ainsi que les conditions suivant lesquelles elle peut les exercer. **La personne à qui une autorisation spéciale est accordée n'est pas membre de l'Ordre, mais elle est tenue aux mêmes obligations déontologiques et aux autres règles encadrant l'exercice de la profession.**

IDENTIFICATION

Mme M.

Nom	Prénom	No. Permis									
Adresse	Rue	Appartement									
Ville	Province/Pays	Code postal									
Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)	<table border="1"><tr><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table> Date de naissance	J	J	J	M	M	A	A	A	A
J	J	J	M	M	A	A	A	A			
Adresse électronique											

DÉCLARATIONS OBLIGATOIRES

EXERCICE DE FONCTIONS CLINIQUES

En tant qu'hygiéniste dentaire, avez-vous déjà exercé des fonctions cliniques, au Québec, directement auprès de la personne ? (Pour les fins de cette question, l'exercice de fonctions cliniques directement auprès de la personne inclut tout soin ou traitement clinique prodigué en bouche par l'hygiéniste dentaire directement à un patient, au Québec.)

Oui Non

Date de la dernière fois où vous avez exercé des fonctions cliniques directement auprès de la personne, au Québec ? (Cette date peut être approximative si vous ne la connaissez pas précisément)

J	J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---

DÉCISIONS DISCIPLINAIRES

Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision disciplinaire d'un ordre professionnel au Québec ou d'un organisme professionnel (ou d'une autre autorité compétente) hors du Québec vous imposant une sanction et dont vous n'avez pas informé à ce jour l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec ?

Oui Non

INFRACTIONS CRIMINELLES

Avez-vous déjà fait l'objet d'un jugement d'un tribunal canadien ou étranger vous déclarant coupable d'une infraction criminelle dont vous n'avez pas informé à ce jour l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec ?

Oui Non

INFRACTIONS PÉNALES

Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision rendue au Québec vous déclarant coupable d'une infraction visée à l'article 188 du Code des professions ou d'une infraction à une disposition d'une loi du Québec ou d'une loi fédérale identifiée au Code de déontologie pour laquelle vous n'avez pas informé, à ce jour, l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec ?

Usurpation d'un titre professionnel Oui Non

Pratique illégale d'une profession Oui Non

POURSUITE POUR UNE INFRACTION PUNISSABLE DE CINQ ANS D'EMPRISONNEMENT OU PLUS

Faites-vous l'objet d'une poursuite pour une infraction punissable de cinq ans d'emprisonnement ou plus pour laquelle vous n'avez pas informé, à ce jour, l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec ?

Oui Non

RECOURS CIVIL

Avez-vous fait l'objet d'un recours ou d'une réclamation en responsabilité civile professionnelle dont vous n'avez pas, à ce jour, informé l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec ?

Oui Non

ATTESTATION DE VÉRACITÉ

J'atteste que tous les renseignements donnés sur ce formulaire sont exacts. J'ai pris connaissance de l'information comprise au présent formulaire et, l'ayant dûment rempli, je certifie que les renseignements qu'il contient à mon sujet sont vrais, exacts et complets. De plus, ma signature pourra servir aux fins de validation ou d'authentification par le personnel de l'Ordre.

Signature du déclarant

Date

Retourner ce formulaire, ainsi que l'ensemble des documents, par la poste ou courrier électronique :

Autorisation spéciale
Ordre des hygiénistes dentaires du Québec
606, rue Cathcart, bureau 700, Montréal (Québec) H3B 1K9
autorisation@ohdq.com