

Formulaire de demande de dispense

IDENTIFICATION	
Prénom, nom :	
Adresse :	
Téléphone :	
LIEU DE PRATIQUE	
Employeur :	
Adresse :	
Téléphone :	
ACTIVITÉS EXERCÉES	
1. :	
2. :	
3. :	
4. :	
MOTIFS JUSTIFIANT LA DISPENSE	
PREUVE ATTESTANT DE LA SITUATION D'IMPOSSIBILITÉ DE SUIVRE UNE OU DES ACTIVITÉS DE FORMATION CONTINUE	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Dès que la dispense n'est plus requise, vous devez en aviser l'OTSTCFQ par écrit et vous conformer à l'obligation de formation prévue au règlement et aux conditions déterminées par l'OTSTCFQ.

Veillez acheminer le présent formulaire à :

OTSTCFQ
A/S Mme Nicole Picard
255, boul. Crémazie E., bur. 800
Montréal (Québec) H2M 1L5
Télécopieur : 514-731-6785
Courriel : npicard@otstcfq.org

Et indiquer sur votre envoi :

Demande de dispense
Personne autorisée