**ATTESTATION D’EMPLOI**

**THÉRAPIE CONJUGALE ET**

**FAMILIALE**

|  |
| --- |
| **SECTION III**  **NORMES D’ÉQUIVALENCE DE FORMATION**  En vertu du *Règlement sur les normes d’équivalence pour la délivrance d’un permis de l’Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux*, un(e) candidat(e) bénéficie d’une équivalence de formation s’il/elle démontre qu’il/elle possède un niveau de compétence équivalent à celui acquis par le/la titulaire d’un diplôme donnant ouverture au permis de T.C.F.  Dans l’appréciation de la formation invoquée au soutien d’une demande de reconnaissance d’équivalence, le Comité exécutif de l’OTSTCFQ tient compte notamment des facteurs suivants : 1° la nature et la durée de l’expérience de travail du (de la) candidat(e). |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Réservé à l’OTSTCFQ*** : M |
| **IDENTIFICATION DU CANDIDAT/DE LA CANDIDATE AU TITRE DE T.C.F** | |
| **Nom** : *Écrire ici.* **Prénom** : *Écrire ici.*  **Date de naissance** : *Choisir la date.* | |

|  |
| --- |
| **SECTION 1 – IDENTIFICATION DU/DES SIGNATAIRE(S) DE L’ATTESTATION** |
| *Veuillez remplir et cocher les cases correspondantes.*  **Je soussigné(e** **),** *Écrire ici Nom, Prénom et titre professionnel.*  **numéro(s) de permis / licence(s)** : *Si nécessaire, écrire ici.*  **certifie que** :    Je suis le/la supérieur(e) administratif(-ive) du (de la) candidat(e)  Je suis le/la supérieur(e) clinique du (de la) candidat(e)  Je suis en pratique autonome  J’ai supervisé l’emploi du (de la) candidat(e) \*   \* Dans ce cas, merci de compléter l’attestation de superviseur(e) de l’OTSTCFQ en sus |
| ***Si cosignataire, notamment pour la supervision, veuillez remplir et cocher les cases correspondantes.***  **Je soussigné(e** *Écrire ici Nom, Prénom, titre professionnel.***),**  **numéro(s) de permis / licence(s)** : *Si nécessaire, écrire ici.*  **certifie que** :  Je suis le/la supérieur(e) administratif du (de la) candidat(e)  Je suis le/la supérieur(e) clinique du (de la) candidat(e)    J’ai supervisé l’emploi du (de la) candidat(e) \*   \* Dans ce cas, merci de compléter l’attestation de superviseur(e) de l’OTSTCFQ en sus |

|  |
| --- |
| **SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR L’EMPLOI** |
| *Veuillez remplir et cocher les cases correspondantes.*  **Le/la candidat(e) est/était employé(e) chez** (nom et adresse de l’employeur):  *Écrire ici.*  **Titre d’emploi :** *Écrire ici.*  **Date d’embauche :** *Choisir la date.*  **Date de départ *(si pertinent)* :** *Choisir la date.*  **Descriptif de tâches/missions :**  *Écrire ici.*  **Le (ou la) candidat(e) a été supervisé(e) par***Écrire ici Nom, Prénom, titre professionnel.*  **Nombres d’heures travaillées (totales)\* :** *Écrire ici.*  \*Exclure les arrêts prolongés de travail, tels les congés de maternité, de maladie ou sans solde du nombre d’heures travaillées.  *Préciser :*   * *Écrire ici.* heures de pratique auprès des couples et des familles (contact direct) * *Écrire ici.* heures de pratique auprès des individus (contact direct)   *À remplir par le/la superviseur(e) (si applicable) :*   * *Écrire ici.* heures de supervision individuelle, dont :   + *Écrire ici.* heures pour la pratique/intervention auprès des couples et   des familles   + *Écrire ici.* heures pour la pratique/intervention auprès des individus * *Écrire ici.* heures consacrées à des activités liées à la thérapie conjugale et familiale,   dont :   * + *Écrire ici.* heures de supervision de groupe   + *Écrire ici.* heures de transcription et de rédaction de notes au dossier   + *Écrire ici.* heures de gestion générale de cas   + *Écrire ici.* heures de lectures dirigées.   *Autres activités pertinentes (si nécessaire) :  Écrire ici.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 3 – SIGNATURE(S)** | |
| *À remplir si cosignataire :*  Je déclare que les informations fournies dans cette attestation sont exactes.  Le (date), *Choisir la date.*  Nom, prénom : *Écrire ici.*  Signature : | *À remplir si cosignataire :*  Je déclare que les informations fournies dans cette attestation sont exactes.  Le (date), *Choisir la date.*  Nom, prénom : *Écrire ici.*  Signature : |

|  |
| --- |
| **Merci de retourner cette attestation dûment remplie et signée au (à la) candidat(e) et/ou par courriel à l’adresse suivante :** |
| [**admission@otstcfq.org**](mailto:admission@otstcfq.org) |
| ***Pour toutes questions, n’hésitez pas à nous joindre par courriel*** |
| Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec  Direction des admissions et du perfectionnement  255 Boulevard Crémazie E Bureau 800,  Montréal, QC H2M 1L5  CANADA |