|  |
| --- |
| CONVENTION DE CESSION OU DE GARDE PROVISOIRE |
| **Professionnel effectuant la cessation d’exercice** |
| **Je,**   |  |   |
|  Prénom   |  | Nom   |
|  Titre  |  | No de permis |
| **Exerçant au :**  |
|  Adresse du lieu d’exercice |
| ( )  |  | ( )  |  |   |  |  |
| Téléphone personnel |  | Téléphone professionnel |  | Date de fin d’exercice |  |  |
|  |  |  |
| Courriel : i |  |  |
| **Cède** [ ]  **ou transfère aux fins de garde provisoire** [ ]  **mes dossiers en date du**  |
|  |  |  date de prise de l’effet  |
| **en raison de : mon départ à l’extérieur du Québec** [ ]  **ou mon retrait du tableau des membres** [ ]  **ou autre :**  [ ]  |
| CESSIONNAIRE OU GARDIEN PROVISOIRE |
|   |  |   |
| Prénom  |  | Nom   |
| Titre |  | No de permis  |
| ( )  |  |  |  | ( )  |  |  |
| Téléphone personnel |  |  |  | Téléphone professionnel |  |  |
|   |  |   |
| Adresse personnelle |  | Adresse du lieu d’exercice principal |
|  |  |  |
| Courriel :  |  | Courriel :  |
|  CONSENTEMENT |
|  |  |   |
| Nom du professionnel effectuant la cessation d’exercice  |  | Signature Date |
|  |  |   |
| Cessionnaire ou gardien provisoire |  | Signature Date |
|   |
|  |
| Une copie de cette convention doit être expédiée au secrétaire de l’Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec par **courrier recommandé ou par courriel** dans les 15 jours de la date prévue pour la cessation d’exercice. Pour plus de détails, nous vous référons à la section III du [Règlement sur les dossiers et la tenue des bureaux des membres de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC_26%2FC26R187.htm) |

**Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec**
630, rue Sherbrooke Ouest, bureau 800
Montréal (Québec) H3A 1E4

Téléphone : **514 282-9123** Sans frais : **1 888-232-9123** Télécopieur: **514 282-9541**
info@ooaq.qc.ca