



ORDRE DES MÉDECINS VÉTÉRINAIRES DU QUÉBEC

DEMANDE D'UN CERTIFICAT DE SPÉCIALISTE

A.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom :	Prénom :
Adresse au travail :	
Ville :	Code postal :
Téléphone :	Télécopieur :
Adresse au domicile :	
Ville :	Code postal :
Téléphone :	Télécopieur :
Courriel :	Numéro de permis à l'Ordre :

B.

SPÉCIALITÉ VISÉE :

C.

FORMATION ACADÉMIQUE ET PROFESSIONNELLE

<i>FORMATION</i>	<i>DISCIPLINE</i>	<i>ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT</i>	<i>ANNÉE D'OBTENTION DU DIPLÔME</i>

Description détaillée du programme de formation post-graduée ou de son équivalent :

D.

EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES

Liste chronologique des activités dans votre discipline

Position occupée actuellement : _____

De _____ à _____

Nom de l'employeur : _____

Supérieur immédiat : _____

Position occupée : _____

De _____ à _____

Nom de l'employeur : _____

Supérieur immédiat : _____

Position occupée : _____

De _____ à _____

Nom de l'employeur : _____

Supérieur immédiat : _____

E.

ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

<i>ASSOCIATION</i>	<i>STATUT</i>	<i>ANNÉE</i>

Par la présente, je déclare solennellement que les renseignements contenus dans ce formulaire sont complets et exacts.

Signature

Date