



**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