**SPECIAL AUTHORIZATION REQUEST FORM**

*To be completed if professional activities, including clinical activities with clients, will be delivered in Quebec*

***PERSONAL INFORMATION***

**Surname :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Given name :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Sex : Male** [ ]  **Female** [ ]  **Other** [ ]

**Date of birth (DOB)**: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

***PROFESSION***

**Speech Language Pathology** [ ]  **Audiology** [ ]

***CONTACT INFORMATION***

**Address**

 Street Adress apt.

 City Province Country Postal Code

**Phone number :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Cell phone (mobile) :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Email :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

***EDUCATION***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institution** | **Country** | **Degree/Diploma** | **Graduation Year** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***PROFESSIONAL EXPERIENCE*** (in speech and language pathology or audiology)

**Current Employer Public** [ ]  **Private** [ ]  **Employed Since** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Employer Position held

Street Address Suite Number

City Province Postal Code

**Please provide a short version of your résumé.**

***REASON FOR THE REQUEST***

[ ]  Authorization to practice as a trainer, lecturer, professor, participant in continuous education activity

[ ]  Other – specify: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date of arrival in Quebec : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Duration of the required special authorization : Choisissez un élément.

Person (or group of people) to whom you will provide services: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Organization (or institution) where you will practice : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Frequency and type of planned professional activities (include a description of direct professional activities): Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**If applicable, provide program of professional activities (continuous education, lecturer, etc.).**

***PROFESSIONAL QUALIFICATIONS IN AUDIOLOGY OR SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY***

**Current professional regulatory body membership:** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**How long have you been a member of this regulatory body** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Member number :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Valid from :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. **to :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Please provide an official certificate** from the regulatory body who regulates the professions of audiologists and speech-language pathologists, or in the absence of such an organization, from the national organization deemed equivalent where you practice.

This certificate must attest that you are a member in good standing and that you are not subject to any measure or sanction likely to limit or suspend your right to practice. Your certificate of practice category must be specified (ex: general, non-practicing, honorary).

***MANDATORY DECLARATION OF DISCIPLINARY OR JUDICIAL DECISIONS***

**Have you ever been the subject of a decision by a Canadian or foreign court finding you guilty of a disciplinary or criminal offense?**

(Answer no if you have obtained a pardon within the meaning of the Criminal Records Act (R.S.C. 1985, C-47)

Yes [ ]  No [ ]

If you answered **yes**, date of judgment : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Nature of the offense : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

File No. : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Sentence imposed : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Court of law : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Province/State : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Country : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. District : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ]  **I understand that a false declaration will result in the rejection of my application and that an application accepted under false statements becomes void.**

[ ]  **I request special authorization from the Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec and certify that the information provided is correct.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Signature\*** **Date**

\* For the purposes of this form, typing of the applicant's name above is equivalent to inscribing with their signature.