

## DÉCLARATION RELATIVE À LA CESSATION D'EXERCICE AU QUÉBEC

### DECLARATION OF CESSATION OF PRACTICE IN QUEBEC



Par la présente, je vous informe que **j'ai cessé** ou que **je cesserai**  
d'exercer la médecine dentaire au Québec en date du

JOUR / MOIS / ANNÉE

I hereby inform you that **I have ceased** or that **I will cease**  
practising dentistry in Quebec on

YEAR / MONTH / DAY

En conséquence, je souhaite :  
I therefore wish to:

M'inscrire au tableau de l'Ordre  
comme **membre inactif**  
Be entered on the Roll of the Order  
as a **inactive member**\*

**Me désinscrire** du tableau de l'Ordre\*\*  
**Withdraw** from the Roll of the Order\*\*

EN FOI DE QUOI, j'ai signé  
IN WITNESS WHEREOF, I have signed

ce .....<sup>e</sup> jour de ..... 20.....  
this ..... day of .....

X

SIGNATURE

À REMPLIR EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE  
PLEASE COMPLETE IN BLOCK LETTERS

NOM  
NAME

NUMÉRO DE PERMIS  
PERMIT NO.

ADRESSE DE RÉSIDENCE  
HOME ADDRESS

N°  
NO.

RUE  
STREET

APPARTEMENT  
APARTMENT

VILLE  
TOWN/CITY

PROVINCE

PAYS  
COUNTRY

CODE POSTAL  
POSTAL CODE

TÉLÉPHONE  
TELEPHONE

COURRIEL  
EMAIL ADDRESS

### MOTIF DE LA CESSATION REASONS FOR CEASING TO PRACTISE

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Retraite<br>Retirement   | <input type="checkbox"/> Réorientation professionnelle<br>Career change |
| <input type="checkbox"/> Exercice de la profession hors Québec<br>Practising dentistry outside Quebec | <input type="checkbox"/> Invalidité temporaire<br>Temporary disability  |
| <input type="checkbox"/> Congé de maternité<br>Maternity leave  | <input type="checkbox"/> Invalidité permanente<br>Permanent disability  |
| <input type="checkbox"/> Congé parental<br>Parental leave   | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez)<br>Other (specify)           |

\* Un membre de la classe « inactif » doit s'exempter de souscrire au FARPODQ. En adhérant à cette classe, le membre demeure inscrit au tableau de l'Ordre et conserve son titre de dentiste, et ce, bien qu'il ne soit plus autorisé à exercer la profession au Québec. Pour cette classe de membres, le montant de la cotisation annuelle correspond à 15 % de la cotisation régulière.

Members of the "inactive" class are subject to a mandatory exemption from the FARPODQ. Retired members remain entered on the Roll of the Order and keep the title of dentist even though they are not authorized to practise dentistry in Quebec. Annual dues for retired members are 15% of regular dues.

\*\* Le cas échéant, pour être autorisé à reprendre l'exercice de la profession au Québec, le membre devra notamment répondre aux conditions prévues par l'Ordre, remplir une demande de réinscription au tableau des membres et payer les frais exigibles.

To be authorized to resume practising dentistry in Quebec, members must meet the conditions established by the Order, fill out an application for re-entry on the Roll, and pay the required fees.