

La présente déclaration s'adresse à toute personne devant se présenter pour une audience disciplinaire.

Une fois rempli, ce formulaire de déclaration devra être transmis à l'adresse courriel : [greffes@oaciq.com](mailto:greffes@oaciq.com).

Il sera conservé au dossier du comité de discipline. Pour plus de détails, nous vous prions de consulter les

[\*Directives du comité de discipline sur la tenue des audiences disciplinaires en présentiel\*](#).

Si vous répondez « oui » à une des questions qui suivent,  votre participation à une audience en présentiel ne sera pas possible. La Santé publique du Québec recommande une période d'isolement d'un minimum de 5 jours (10 jours pour les personnes non adéquatement vaccinées) à compter de la date où vous avez eu un contact à risque élevé avec une personne atteinte de la COVID ou de la date du prélèvement d'un test de dépistage positif à la COVID. La Santé publique du Canada impose une quarantaine de 14 jours à partir de la date d'arrivée pour tous les voyageurs non adéquatement vaccinés qui entrent au Canada en provenance de l'extérieur du pays.

## POUR LES PARTICIPANTS

Comme participant, vous vous engagez à respecter les directives qui vous seront données par le greffier audiencier et le comité de discipline lors de votre présence dans les locaux du comité de discipline et êtes conscient que tout non-respect de ces directives pourrait entraîner une interruption immédiate de votre participation. Il pourrait vous être demandé de quitter les lieux.

1. Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours ?

Oui                      Non

2. Avez-vous été en contact à l'intérieur (dans un lieu fermé, sans le port du masque par l'une des personnes) avec une personne atteinte de la COVID-19 au cours des 5 derniers jours (10 jours pour les personnes non adéquatement vaccinées) ?

Oui                      Non

3. Avez-vous ressenti des symptômes du rhume ou de la grippe au cours des 10 derniers jours ?  
(Fièvre, toux, mal de gorge, difficultés respiratoires, soudaine perte de l'odorat)

Oui                      Non

4. Avez-vous effectué un test de dépistage à la COVID-19 et dont le résultat était positif au cours des 5 derniers jours (10 jours pour les personnes non adéquatement vaccinées) ?

Oui                      Non

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Date de l'audience : \_\_\_\_\_ Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

Signé à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

***Le fait de cocher cette case remplace votre signature et confirme que les informations contenues dans le présent formulaire sont conformes.***

Ces renseignements vous sont demandés afin de pouvoir assurer une saine gestion des audiences et seront traités de façon confidentielle.