

FORMULAIRE DE DÉMISSION DU TABLEAU DE L'ORDRE

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Numéro de dossier _____

Prénom _____ Nom _____

Adresse du domicile _____ App. _____

Ville _____

Province _____ Code postal _____ Pays _____

Courriel _____

Tél. (domicile ou cellulaire) _____ Tél. (bureau) _____

DÉCLARATION

Par la présente, je vous avise de mon intention de démissionner du tableau de l'Ordre des conseillers en ressources humaines agréés pour les motifs suivants :

- Je ne pratique plus en ressources humaines ou relations industrielles;
- Je suis sans emploi;
- Retraite;
- Retour aux études;
- Réorientation de carrière;
- Déménagement hors Québec;
- Maladie;
- Formation continue obligatoire;
- Frais trop élevés (cotisation, etc.);
- Congé de maternité/paternité

Autre (précisez) :

Je demande que ma démission soit effective

- À compter de la date de signature de ce formulaire
- À compter du 31 mars de l'exercice courant (recommandé)

Dans le cas où je souhaite que ma démission soit effective dès maintenant, je comprends que ma cotisation annuelle est non remboursable. Je comprends également que si j'ai choisi le mode de paiement échelonné, je dois tout de même acquitter la cotisation annuelle et que les paiements à venir ne seront pas annulés.

Dans le cas où je souhaite que ma démission soit effective seulement à partir du 31 mars de l'exercice courant, je comprends que jusqu'à ce que ma démission soit en vigueur, je demeure assujéti à mes obligations en tant que CRHA ou CRIA, notamment en matière de formation continue obligatoire, d'assurance de la responsabilité professionnelle et d'inspection professionnelle, et qu'en conséquence, je continuerai à recevoir des avis en lien avec mes obligations.

De plus, je comprends que je ne recevrai aucun rappel concernant le renouvellement d'inscription annuel au tableau de l'Ordre pour la prochaine année qui débute le 1^{er} avril prochain.

Je comprends que ma démission entraîne les conséquences suivantes :

- > La perte de mon titre professionnel de CRHA ou CRIA;
- > La perte de la couverture par le régime collectif d'assurance responsabilité professionnelle conclu par l'Ordre;
- > L'interdiction de m'afficher en tant que « conseiller en ressources humaines agréé » ou « conseiller en relations industrielles agréé » et d'utiliser les initiales CRHA et CRIA ou une abréviation pouvant laisser croire que je suis inscrit au tableau de l'Ordre, notamment sur mes cartes professionnelles, curriculum vitæ, réseaux sociaux, signature électronique, site Internet et tout autre document, et ce, conformément à l'article 36 (f) du Code des professions.
- > Le cas échéant, l'interdiction d'afficher « Distinction Fellow » sur mes cartes professionnelles, curriculum vitæ, réseaux sociaux, signature électronique, site Internet et tout autre document.
- > L'obligation de retourner mon permis (diplôme de format 8 ½ po sur 14 po) au secrétariat de l'Ordre;
- > La perte des services exclusifs et des privilèges offerts aux CRHA | CRIA (Carrefour RH, bulletins électroniques, Revue RH, Emploi CRHA +, les enquêtes, analyses comparatives et sondages, etc.)

Je comprends que dans l'éventualité où je voudrais être réinscrit au tableau de l'Ordre, dans un délai de trois ans à compter de ma démission, je peux le faire sans avoir à me soumettre à nouveau à l'ensemble du processus d'admission. Passé ce délai, je devrai présenter une nouvelle demande d'admission qui sera soumise aux conditions des règlements en vigueur à ce moment, et je devrai démontrer que j'ai maintenu mes compétences au niveau requis pour exercer la profession.

Je comprends également que si je me réinscris au tableau de l'Ordre, je devrais m'acquitter de mon obligation de formation continue obligatoire (60 heures par période de référence de trois ans), incluant la formation obligatoire sur la déontologie et l'éthique d'au moins trois heures ainsi que toutes les heures en défaut à mon dossier pour les périodes antérieures, le cas échéant.

Je comprends que le non-respect de ces obligations est passible d'une amende, et ce, conformément à l'article 188 du Code des professions.

SIGNATURE

J'atteste avoir lu et compris les conséquences de ma démission du tableau de l'Ordre.

Signature _____ Jour (JJ) _____ Mois (MM) _____ Année (AAAA) _____

Veillez retourner ce formulaire dûment rempli et signé par l'un des moyens suivants



Par la poste :

Ordre des conseillers en
ressources humaines agréés
1200, av. McGill College, bureau 1400
Montréal (Québec) H3B 4G7



Par courriel :

cotisation@ordrechha.org



Par télécopieur :

514 879-1722