

**DEMANDE DE REMISE DES COTISATIONS PROFESSIONNELLES
POUR CAUSE D'INCAPACITÉ**

Je soussigné(e) _____, déclare sous mon serment professionnel être dans **l'incapacité d'exercer** et ne pas avoir exercé la profession de notaire depuis le _____.

À cet effet, je demande au Secrétaire de la Chambre des notaires du Québec, de m'accorder une remise de mes cotisations professionnelles, conformément à la politique applicable depuis le 1^{er} janvier 2013, pour cause d'incapacité durant la période suivante : du _____ au _____

Note : La remise n'est accordée que pour une période minimale de 3 mois consécutifs et pour une période maximale de 24 mois consécutifs et ce, au plus tôt à partir de la date de réception de la demande par la Chambre.

Greffe (minutes, répertoire, index) et dossiers

1. Greffe

Je ne possède pas de greffe, l'ayant cédé, déposé ou n'ayant jamais reçu d'acte en minute.

- ou -

Mon greffe demeure à mon domicile professionnel (ou autre lieu de conservation déjà autorisé par le Secrétaire).

2. Dossiers

Pendant la durée de mon congé, je prendrai les dispositions requises pour que ma clientèle soit référée à :

Limitation du droit d'exercice pendant la période applicable

Sous réserve de la précision qui suit, je m'engage à ne pas exercer la profession de notaire et accepte qu'une limitation d'exercice de la profession soit inscrite au tableau de l'Ordre à mon profil de membre tant que je bénéficierai d'une remise de cotisations. Il est entendu que cette limitation d'exercice m'empêche notamment de célébrer des mariages mais n'affecte pas le pouvoir de conserver mon greffe, ainsi que tout greffe dont je peux être le cessionnaire ou mandataire, ni celui d'en délivrer des copies authentiques.

Je comprends que si la cause de mon incapacité à exercer venait à cesser, des démarches devront être entreprises en vue que soit rétabli mon droit d'exercice. À cet égard, je devrai demander une levée de limitation d'exercice avec les documents requis.

Finalement, je comprends également qu'en raison du maintien de mon inscription au tableau de l'Ordre, je demeure tenu(e) de compléter aux échéances réglementaires :

- le renouvellement annuel de mon inscription au tableau de l'Ordre;
- les rapports aux registres des dispositions testamentaires et mandats en prévision de l'inaptitude (sous réserve d'une exemption);
- le rapport annuel de la comptabilité en fidéicomis, s'il y a lieu;
- la formation continue obligatoire, sous réserve d'une dispense consentie par le Comité exécutif.

Note : Vous pouvez formuler une demande de dispense à même le présent formulaire. Voir ci-après.

Modalités administratives de la remise

1. La remise équivaut à 50 % de la cotisation admissible, calculée au prorata du nombre de mois complets d'invalidité au cours de l'année financière concernée.
2. Aucune remise n'est accordée sur une fraction de mois (ex : du 10/03/2013 au 31/07/2013 = 4 mois de remise seulement).
3. La remise ne sera effectuée qu'en fin d'année financière et ce, conditionnellement au paiement préalable de l'intégralité des cotisations professionnelles aux échéances prévues, et sujet à compensation de toutes sommes dues à l'Ordre, le cas échéant.

Pour plus d'information, consulter la politique disponible sur l'Inforoute notariale : <https://inforoute.cdnq.org/privé/votre-dossier/administratif/exercice-profession/>

Demande de dispense de participation à des activités de formation continue au motif d'impossibilité de les suivre

Est dispensé de l'obligation de participer à des activités de formation continue le notaire qui démontre qu'il est dans l'impossibilité de les suivre ou pour tout autre motif que le Comité exécutif juge valable (articles 8 à 12 du *Règlement sur la formation continue obligatoire des notaires*).

Des frais administratifs de 50 \$ plus taxes seront portés à votre relevé mensuel de transactions, pour le traitement de votre demande de dispense.

Étendue de la dispense demandée

Aux termes de l'article 8 du règlement, la dispense est d'un maximum de 12 mois.

Date du début : _____

Date de fin : _____

Je joins au présent formulaire les renseignements suivants, nécessaires à son traitement :

1. Certificat médical attestant de mon incapacité à exercer la profession de notaire **et** la durée estimée de cette incapacité.
2. Copie certifiée conforme de la dernière page de mon répertoire des minutes, signée et datée.

Numéro de la dernière minute : _____ Date de cette minute : _____

3. Autres pièces justificatives, au besoin _____

4. Signature numérique : si vous ne désirez pas conserver votre signature numérique, vous pouvez la révoquer en ligne en accédant à la page d'accueil de Notarius (www.notarius.com) :

- a. Cliquez sur "Mon Compte" (en haut à droite de l'écran) et entrez le mot de passe de votre signature numérique;
- b. Dans l'onglet « Mes abonnements », cliquez sur l'abonnement à révoquer;
- c. Dans la page qui s'affiche, cliquez sur le bouton « Révoquer ma signature numérique » (bouton rouge dans la section « Signature numérique »). Vous pourrez alors indiquer une raison pour cette révocation.
- d. Vous recevrez ensuite un courriel de confirmation à l'effet que votre signature numérique a été révoquée.

Note : Le choix de garder sa signature numérique active suppose le paiement des frais mensuels y rattachés.

5. Je déclare être informé que des frais administratifs de 50 \$ plus taxes seront portés à mon relevé mensuel de transactions, dans le cas où je formule une demande de dispense de formation continue.
6. Je déclare m'engager à aviser, par écrit et sans délai, le Secrétaire de l'Ordre dès que cesse la situation pour laquelle je demande une remise de cotisations professionnelles/une dispense de formation continue.
7. Je déclare que les renseignements fournis par et avec le présent formulaire sont exacts et véridiques.

En foi de quoi, j'ai signé à _____

ce _____

Code de notaire : _____

Signature

Ce formulaire peut être retourné par télécopie (514-879-1923) ou par la poste (101-2045 rue Stanley, Montréal, QC H3A 2V4) à la Chambre des notaires du Québec à l'attention du Secrétaire de l'Ordre.