

*Cette planification doit être approuvée par le registraire de l'OIIQ AVANT de débiter le programme d'intégration professionnelle.
This planning must be approved by the registrar of the OIIQ before beginning the professional integration program.*

IDENTIFICATION

Sexe / Sex F M

Nom (Identique à l'acte de naissance) / Name (as on birth certificate)

Prénoms (Identiques à l'acte de naissance) / Given names (as on birth certificate)

Nom de l'établissement / Name of institution

Adresse de l'établissement (numéro – rue – bureau, case postale) / Address of institution (no. – street – office, post-office box no.)

Ville / City

Province / Province

Code postal / Postal code

()
Téléphone / Telephone No.

Nom de l'infirmière responsable du programme d'intégration professionnelle
ou du superviseur de stage
Name of the nurse responsible for the professional integration program or
training supervisor

Adresse courriel
E-mail address

()
Téléphone et poste
Telephone No. and extension

DÉROULEMENT DU PROGRAMME D'INTÉGRATION PROFESSIONNELLE (Écrire en lettres majuscules, s.v.p.)
IMPLEMENTATION OF THE PROFESSIONAL INTEGRATION PROGRAM (Please write in capital letters.)

Le programme d'intégration débutera le
The integration program will begin

(a/m/j)
(y/m/d)

et se terminera le
and end

(a/m/j).
(y/m/d).

**N'oubliez pas que vous devez vous inscrire à l'OIIQ avant de débiter votre programme.
Don't forget. You must register with the OIIQ before beginning your program.**

