

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE REQUÉRANTE

Nom de famille :	<input type="text"/>	N° de permis :	<input type="text"/>
Nom de naissance :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
	<small>Si différent du nom de famille</small>	Date de naissance :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>	Pays :	<input type="text"/>
Ville (Province) :	<input type="text"/>	Code postal :	<input type="text"/>
Courriel :	<input type="text"/>	Téléphone :	<input type="text"/>

ORGANISME DE RÉGLEMENTATION

Cette section doit être remplie par l'organisme qui a autorisé la personne requérante à exercer sa spécialité.

Nom :	<input type="text"/>		
Adresse :	<input type="text"/>	Pays :	<input type="text"/>
Ville (Province) :	<input type="text"/>	Code postal :	<input type="text"/>
Représentant :			
Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Titre :	<input type="text"/>		
Courriel :	<input type="text"/>	Téléphone :	<input type="text"/>
Atteste que la personne requérante identifiée ci-dessus, détenant le numéro d'enregistrement :	<input type="text"/>		
Détient ou a détenu un titre de :	<input type="text"/>		
		Depuis le :	<input type="text"/>

La délivrance de cette autorisation de pratique est obligatoire pour exercer à ce titre : Oui Non

Si l'enregistrement a été obtenu à la suite d'un examen, veuillez préciser lequel :

Cette personne a déjà été ou est visée par une mesure disciplinaire (permis révoqué, suspendu ou autre) : Oui Non

Si oui, spécifiez :

Veuillez indiquer la raison et la date

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans la présente demande.

J'autorise l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec à procéder à sa vérification au besoin.

Signature :

Date de signature :

Le formulaire doit être rempli, signé et retourné à la personne requérante.

Veuillez apposer votre
sceau ou cachet dans cet