



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

### EMPLOYEUR

Cette section doit être remplie par l'employeur.

Nom de l'employeur :	<input type="text"/>		
Adresse :	<input type="text"/>	Pays :	<input type="text"/>
Ville (Province) :	<input type="text"/>	Code postal :	<input type="text"/>

#### Représentant de l'employeur:

Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Titre d'emploi :	<input type="text"/>		
Courriel :	<input type="text"/>	Téléphone :	<input type="text"/>

Atteste que la personne requérante identifiée ci-dessus a été à notre emploi.

N° d'employé :	<input type="text"/>
	<small>Numéro d'employé-e</small>
Date de début :	<input type="text"/>
	<small>AAAA-MM-JJ</small>
Date de fin :	<input type="text"/>
	<small>AAAA-MM-JJ</small>

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

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

Signature :	<input type="text"/>
Date de signature :	<input type="text"/>

Veillez apposer votre  
sceau ou cachet dans cet  
espace

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

### EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

Cette section doit être remplie par l'employeur.

Nombre total d'heures travaillées à votre emploi :

Veillez préciser dans le tableau suivant le nombre d'heures travaillées par année ainsi que le(s) secteur(s) clinique(s) dans le(s)quel(s) la personne requérante a exercé :

Du 1 <sup>er</sup> janvier	au 31 décembre	Secteur(s) clinique(s)	Nombre d'heures
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		
AAAA	AAAA		



### EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE [suite]

Titre d'emploi de la personne requérante:

Les principales responsabilités liées à ce travail sont :

La répartition des tâches est :

Soins directs aux patients

%

Gestion

%

Enseignement

%

Autres

%

Si autres, spécifiez :

Une description de la fonction de la personne requérante sera jointe au présent document :

Oui  Non

Si **non**, veuillez inscrire les principales fonctions ci-dessous :

### DESCRIPTION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Une description de l'établissement est jointe au présent document :

Oui  Non

Adresse du site Internet de l'établissement

Mission (hôpital général, centre de soins spécialisés, etc.)

Nombre de lits total dans l'établissement :

Description sommaire des soins et services offerts par votre établissement de santé :

**Veuillez joindre toute autre information pertinente concernant votre établissement de santé ou l'expérience professionnelle acquise par la personne requérante dans le cadre de son travail à votre emploi.**