



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"/>
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 [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 sera 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.