



ACTUALISATION

Attestation des heures travaillées

Direction, Admissions et registrariat

RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE

Nom de l'infirmière ou de l'infirmier : _____ Date de naissance : _____
 Prénom de l'infirmière ou de l'infirmier : _____ Numéro de permis : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur : _____ Code postal : _____
 Adresse : _____ Province / Territoire : _____
 Ville : _____ Pays : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES HEURES TRAVAILLÉES

À titre d'employeur, vous devez nous faire parvenir **directement** certains renseignements sur l'exercice professionnel de ce membre. Veuillez confirmer le nombre d'heures consacrées à exercer des activités liées à la profession infirmière (excluant les heures effectuées en tant que CEPI ainsi que les congés d'étude, de maladie, maternité, vacances) pour chacune des **quatre dernières années civiles** (1^{er} janvier au 31 décembre) et pour l'**année courante**.

Si les heures sont travaillées à **titre d'infirmière praticienne spécialisée (IPS)**, veuillez l'indiquer clairement dans la section « Appellation d'emploi ». Si la personne a exercé dans un CIUSSS ou un CISSS, veuillez indiquer **le nom de l'installation comme lieu d'exercice**.

Si les heures sont travaillées en vertu d'une **autorisation spéciale d'urgence sanitaire COVID-19**, veuillez annexer une **DESCRIPTION (non générique) DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES réalisées par l'infirmière ou l'infirmier** (excluant les activités de la limitation COVID-19 : procéder à la vaccination, administrer les vaccins contre l'influenza, le pneumocoque et le SRAS-CoV-2, effectuer la technique de dépistage COVID-19 et prodiguer de l'enseignement et des conseils concernant la COVID-19).

aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	Nombre d'heures	Appellation d'emploi	Lieu d'exercice
Du _____	Au _____	_____	_____	_____
Du _____	Au _____	_____	_____	_____
Du _____	Au _____	_____	_____	_____
Du _____	Au _____	_____	_____	_____
Du _____	Au _____	_____	_____	_____

J'affirme que tous les renseignements que j'ai fournis sont exacts et véridiques.

Signature : _____ Titre : _____
 Nom du signataire: _____ Date: _____

L'employeur doit retourner par courriel le formulaire dûment rempli à l'adresse actualisation-br@oiiq.org.
 Pour toute information additionnelle, vous pouvez contacter la Direction, Admissions et registrariat au 514 935-2501, option 2, ou au 1 800 363-6048, option 2.