

Demande d'attestation d'exercice à titre de candidate ou candidat à l'exercice de la profession d'infirmière

Il est obligatoire de répondre à TOUTES les questions. Tout formulaire incomplet sera retourné.

Nous vous demandons de répondre à toutes les questions, car plusieurs renseignements demandés sur ce formulaire sont liés à l'application du *Code des professions* et du *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers*. **Merci de votre collaboration.** Veuillez lire attentivement les instructions avant de remplir le formulaire, afin de vous assurer qu'il est complet et que votre demande sera traitée dans les meilleurs délais. Ce formulaire doit être rempli, attesté et retourné par courriel directement au registrariat à l'adresse etudiants-br@oiiq.org.

COORDONNÉES

Un numéro de case postale n'est pas accepté comme adresse de résidence.

Nom _____ Prénom _____ Code permanent (4 lettres et 8 chiffres) _____ **OU** N° de dossier (6 chiffres) _____

Adresse (appartement - numéro - rue - case postale ou route rurale) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Téléphone _____

Courriel (Cette adresse courriel doit être unique et exclusive.)

L'OIIQ transmettra à cette adresse courriel tous les documents qui vous sont destinés. Il importe donc d'aviser sans délai l'OIIQ d'un changement d'adresse courriel. Par ailleurs, il est encore possible que certains documents doivent vous être transmis par la poste plutôt que par courriel.

Courriel _____

LIEU D'EXERCICE À TITRE DE CANDIDATE OU CANDIDAT À L'EXERCICE DE LA PROFESSION D'INFIRMIÈRE

Vous devez obligatoirement déclarer un employeur pour obtenir votre attestation. Tout formulaire reçu sans cette information sera retourné.

Pour obtenir une attestation d'exercice à titre de candidate ou candidat à l'exercice de la profession d'infirmière, vous devez informer l'OIIQ des coordonnées de votre employeur qui doit être, tel que le prévoit le règlement précité, un centre exploité par un établissement public ou privé conventionné au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) ou de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (L.R.Q., c. S-5). De plus, vous devez aviser l'OIIQ de tout changement d'employeur.

Employeur

Si votre employeur est un CISSS, un CIUSSS, un CHU ou autre établissement du réseau de la santé, vous devez indiquer les informations relatives à l'installation dans laquelle vous travaillez.

Exemples :

- CLSC de Cabano et non CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Site Glen - CUSM et non Centre Universitaire de Santé McGill.

Lieu d'exercice (Précisez l'installation, le pavillon ou le point de service s'il y a lieu.) _____ Début de cet emploi à titre de CEPI _____ A / M / J

Adresse du lieu d'exercice (Précisez rue, avenue, chemin, croissant ou boulevard.) _____

Ville, province _____ Code postal _____ Téléphone _____ Poste _____

DÉCISION JUDICIAIRE, DISCIPLINAIRE OU PÉNALE

Vous devez informer la secrétaire générale de l'OIIQ si vous avez été déclarée coupable d'une infraction criminelle, disciplinaire ou pénale au Canada ou à l'étranger.

- | | | |
|---|-----|-----|
| • Avez-vous été déclaré(e) coupable d'une infraction criminelle au Canada ou à l'étranger ? | Oui | Non |
| • Avez-vous été déclaré(e) coupable d'une infraction disciplinaire au Canada ou à l'étranger ? | Oui | Non |
| • Avez-vous été déclaré(e) coupable d'une infraction pénale relative à l'usurpation d'un titre réservé ou à l'exercice illégal d'une profession au Canada ou à l'étranger ? | Oui | Non |

DÉCLARATION ET ENGAGEMENT

Note : Votre attestation vous sera transmise par courriel et il est de votre responsabilité d'en faire une copie pour votre employeur.

J'affirme solennellement que les renseignements contenus dans ce formulaire sont vrais, exacts et complets.

Date _____ A / M / J