

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 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.

Signataire :

Titre :

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.