

IDENTIFICATION

Nom : _____ Numéro de permis : _____
Prénom : _____ Date de naissance : _____ aaaa-mm-jj
Spécialité actuelle : _____
Domaine visée : _____ État du domaine visé : Ajout
 Changement

LIEU DE TRAVAIL

Nom de l'institution : _____
Date prévue du changement ou de l'ajout de domaine : _____

DIRECTRICE / DIRECTEUR DES SOINS INFIRMIERS

Nom : _____ Prénom : _____
Établissement : _____
Courriel : _____ Téléphone : _____

CONSENTEMENT ET SIGNATURE

- J'ai avisé ma DSI du changement ou de l'ajout du domaine de soins.
 J'atteste que tous les renseignements que j'ai fournis sont exacts et véridiques.

Signature : _____ Date : _____ aaaa-mm-jj

Ce formulaire doit être retourné par courriel à infirmieres-br@oiiq.org

Veuillez mettre dans l'objet de votre message : IPS - avis de changement ou d'ajout de domaine de soins.