



CONFIRMATION DES HEURES

SECTION A (À remplir par la candidate/le candidat et à envoyer aux employeurs en soins infirmiers des cinq dernières années.)

Nom : _____
Nom de famille Prénom second prénom

Nom de jeune fille : _____ **Ancien (s) nom (s) :** _____

Date de naissance : ____/____/____
jour mois année

J'ai occupé un emploi d'infirmière immatriculée/d'infirmier immatriculé du ____/____ **au** ____/____.
mois /année mois année

Par la présente, j'autorise la divulgation à l'AINB de l'information demandée dans ce formulaire

Date

Signature

SECTION B (À remplir par l'employeur et à retourner directement à l'AINB..)

J'atteste par la présente que _____ **a exercé la profession**
Nom de l'infirmière/infirmier
infirmière à cet établissement.

Voici un compte rendu exact des heures réellement travaillées par année pour chacune des cinq dernières années.

Du 1er janvier _____ au 31 décembre _____ = _____ heures
année année

Du 1er janvier _____ au 31 décembre _____ = _____ heures
année année

Du 1er janvier _____ au 31 décembre _____ = _____ heures
année année

Du 1er janvier _____ au 31 décembre _____ = _____ heures
année année

Du 1er janvier _____ au 31 décembre _____ = _____ heures
année année

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR

Nom en caractères d'imprimerie Signature Date

Poste Nom de l'organisme/l'établissement

Adresse Ville Province/État Pays

Numéro de téléphone Adresse de courriel

Ce formulaire doit être remis directement à l'AINB