



Retournez-vous au travail suite à une absence autorisée? Oui Non Si oui : du: _____ au : _____
 jj/mm/aa jj/mm/aa

Spécifier quel genre de congé :
 maternité
 maladie
 invalidité
 autre préciser _____

D. CANDIDATES RÉSIDANT HORS DU NOUVEAU BRUNSWICK

Avez-vous travaillé comme infirmière.immatriculée hors du N.-B. depuis la dernière fois que vous avez été immatriculée avec l'AIINB? Yes No

Un formulaire de confirmation de vos heures de travail des cinq dernières années doit être rempli par tous vos employeurs et acheminé directement à l'AIINB.

Nom et adresse de l'employeur	Votre poste	Période de l'emploi
		du: _____ au: _____
		du: _____ au: _____
		du: _____ au : _____

E. VÉRIFICATION DE L'AUTORISATION D'EXERCER ACTUELLE

Un formulaire de vérification de l'autorisation d'exercer actuelle doit être complétée par l'organisme de réglementation et envoyé directement à l'AIINB.

F. FRAIS

Mode de paiement Chèque certifié Mandat de poste Visa MasterCard Espèces

Pour carte de crédit, veuillez fournir l'information suivante :

Numéro de la carte : ____/____/____/____/-____/____/____/____/-____/____/____/____/-____/____/____/____ Date d'expiration ____/____ - ____/____

 Nom du titulaire de la carte Signature

Par la présente, je demande l'immatriculation auprès de l'AIINB pour avoir le droit d'exercer la profession infirmière et je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais et complets. Je comprends que, au Nouveau-Brunswick, il est illégal d'exercer la profession infirmière sans détenir un certificat d'immatriculation valide.

Je comprends qu'afin de remplir son mandat de protection du public que lui confère la Loi sur les infirmières et infirmiers, l'AIINB recueille, utilise et divulgue des renseignements personnels pour répondre aux besoins relatifs à la réglementation professionnelle, à la recherche, aux statistiques, à la formation, à la planification et à la base de données en soins infirmiers et pour fournir ou offrir des services directement à ses membres ou par le truchement de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, de la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada, de Meloche Monnex et d'autres organismes lorsque l'AIINB estime que de tels services pourraient intéresser ses membres. Je comprends que je peux communiquer avec l'AIINB à tout moment pour vérifier l'usage ou la divulgation des renseignements que je fournis à l'AIINB.

 Date

 Signature

Mise-à-jour 2012-01-01

Remplir, signer et retourner ce formulaire à l'AIINB accompagné des frais d'immatriculation requis.



F. FRAIS D'IMMATRICULATION 2011 (en monnaie canadienne seulement)

S.V.P., envoyer les frais d'immatriculation selon la date à laquelle vous prévoyez exercer la profession infirmière au Nouveau-Brunswick. Les certificats d'immatriculation demeurent valides jusqu'au 31 décembre.

<u>FRAIS D'IMMATRICULATION ACTIVE</u>	
Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2012	445,16 \$
Si expiré	501,66 \$
Du 1 ^{er} juillet au 31 décembre 2012	267,10 \$
Si expiré	323,60 \$
Du 1 ^{er} octobre au 31 décembre 2012	133,55 \$
Si expiré	190,05 \$
<u>FRAIS D'IMMATRICULATION NON ACTIVE</u>	
Membre non actif	45,20 \$
Si expiré	56,50 \$
Membre non actif et membre de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada	107,29 \$
Si expiré	118,59 \$

Le membre non actif reçoit les publications de l'Association, peut participer aux activités de la section et peut s'inscrire à un cours de réintégration à la profession. Le membre non actif n'exerce pas activement la profession infirmière au Nouveau-Brunswick.

<u>TRANSFER DE NON ACTIF À ACTIVE</u>	
Ces frais comprennent un crédit pour les frais non actifs déjà payés	
Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2012	399,96 \$
Du 1 ^{er} juillet au 31 décembre 2012	221,90 \$
Du 1 ^{er} octobre au 31 décembre 2012	88,35 \$

(Tous les frais comprennent la T.V.H de 13 %.)

N'hésitez pas à communiquer avec le **service d'immatriculation** pour de plus amples renseignements ou des précisions à ce sujet aux (506)458-8731 ou 1-800-442-4417 (seulement dans la province).



VÉRIFICATION DE L'AUTORISATION D'EXERCER ACTUELLE

SECTION A (À remplir par la candidate/le candidat et à envoyer à l'organisme de réglementation qui a accordé l'autorisation d'exercer initiale.)

Nom : _____
 Nom de famille Prénom second prénom

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

Adresse actuelle : _____
 App Rue

_____ Ville Province/État Code postal /code de zone Pays

Date de naissance : ____/____/____ **Mon numéro d'autorisation dans vos dossiers :** _____
 jour mois année

Diplôme décerné par : _____ **Date d'obtention du diplôme :** ____/____/____
 École de formation infirmière jour mois année

_____ Date Signature

SECTION B (À remplir par l'organisme de réglementation infirmière et à envoyer directement à l'AIINB)

Au nom de _____, **j'atteste par la présente que**
 Organisme de réglementation
 _____ **a obtenu son diplôme de** _____
 Nom de la candidate/du candidat École de formation infirmière

située à _____ **et a reçu un certificat d'autorisation infirmière**
 Ville Province/États/ Pays

le ____/____/____, **portant le numéro** _____
 jour mois année

L'autorisation a été obtenu par :

- Examen
- Reconnaissance

RENSEIGNEMENTS SUR L'EXAMEN

Examen d'autorisation : EAIC NCLEX

Note obtenue : _____ Autre (spécifier)

Nombre de tentatives : _____

L'autorisation d'exercer actuelle accordée à la personne susmentionnée par cet organisme de réglementation est valide jusqu'au _____.

Statut de l'autorisation d'exercer/de membre de la personne au cours des cinq dernières années :

Année	Statuts

À l'heure actuelle, cette autorisation d'exercer est-elle suspendue, révoquée, soumise à des conditions ou restrictions ou fait-elle l'objet d'une enquête ou d'une audience? Oui Non

_____ Date Nom en caractère d'imprimerie et signature



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'AIINB de l'information demandée dans ce formulaire

_____ Date _____ Signature

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

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'AIINB