



VÉRIFICATION DE L'AUTORISATION D'EXERCER ORIGINAL

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 :	<input type="checkbox"/> EAIC
Note obtenue : _____	<input type="checkbox"/> NCLEX
Nombre de tentatives : _____	<input type="checkbox"/> Autre (spécifier) _____

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