



## **CONFIRMATION DES HEURES DE PRATIQUE**

### **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 1<sup>er</sup> janvier \_\_\_\_\_ au 31 décembre \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ heures  
année année

Du 1<sup>er</sup> janvier \_\_\_\_\_ au 31 décembre \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ heures  
année année

Du 1<sup>er</sup> janvier \_\_\_\_\_ au 31 décembre \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ heures  
année année

Du 1<sup>er</sup> janvier \_\_\_\_\_ au 31 décembre \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ heures  
année année

Du 1<sup>er</sup> 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**