



DEMANDE DE RÉTABLISSEMENT D'IMMATRICULATION 2019

A. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Si votre nom diffère du nom sous lequel vous avez obtenu votre immatriculation au Nouveau-Brunswick la dernière fois, prière de nous faire parvenir une copie de votre certificat de mariage ou une déclaration attestant que vous utilisez votre nom de jeune fille.

Nom : _____
 Nom de famille Prénom Second prénom

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

Adresse actuelle : _____
 App Rue

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

Numéro de téléphone : (_____) _____ (_____) _____
 Domicile Cellulaire

Adresse électronique : _____

Sexe : féminin masculin **Je désire recevoir la documentation en :** anglais français

Date de naissance : ____/____/____ **N° d'immatriculation au N.-B. :** _____
 jour mois année

B. STATUT DEMANDÉ (Indiquez votre choix et vous référer à la liste des cotisations à la page #3)

Infirmière Immatriculée Infirmière praticienne immatriculée Membre non actif

J'ai évalué ma pratique et j'ai élaboré, mis en œuvre et évalué un plan d'apprentissage pour l'année 2018.

Oui Non préciser : _____

L'autorisation d'exercer vous a-t-elle déjà été refusée dans une autre province/territoire/état, ou pays?

Oui Non préciser : _____

Est-ce que votre permis d'exercice est présentement suspendu, révoqué, soumis à des conditions ou des restrictions, ou fait-il l'objet d'une enquête dans une autre province ou territoire?

Oui Non préciser : _____

Depuis la dernière fois que vous avez demandé votre immatriculation, avez-vous été inculpé ou déclaré coupable d'une infraction criminelle?

Oui Non préciser : _____

C. CANDIDAT RÉSIDANT AU N.-B.

Avez-vous un emploi présentement? Oui Non **Prévoyez-vous commencer un nouvel emploi?** Oui Non

Nom et lieu de votre employeur présent : _____



Nom et lieu de votre futur employeur : _____

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? Oui Non

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.

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-HAUT SONT EXACTS.

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 ou d’autres («tiers») lorsque l’AIINB estime que de tels services pourraient intéresser ses membres. Je consens à recevoir des communications électroniques de l’AIINB et de tiers au sujet de tels services, et je comprends que je peux retirer ce consentement en tout temps. 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

F. FRAIS (Voir page suivante le barème des frais d’immatriculation)

Mode de paiement <input type="checkbox"/> Chèque certifié <input type="checkbox"/> Mandat de poste <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Espèces _____ \$
Pour carte de crédit, veuillez fournir l’information suivante :
Numéro de la carte : ____/____/____/____-____/____/____/____-____/____/____/____ Date d’expiration ____/____ - ____/____
_____ Nom du titulaire de la carte _____ Signature

Mise-à-jour 2014-09-19

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



F. FRAIS D'IMMATRICULATION 2019 (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 30 novembre.

<u>FRAIS D'IMMATRICULATION ACTIVE</u>	
Du 1 ^{er} décembre 2018 au 30 novembre 2019	556,14 \$
Si expiré	613,64 \$
Du 1 ^{er} juin 2019 au 30 novembre 2019	333,68 \$
Si expiré	391,18 \$
Du 1 ^{er} septembre 2019 au 30 novembre 2019	166,84 \$
Si expiré	224,34 \$
<u>FRAIS D'IMMATRICULATION NON ACTIVE</u>	
Membre non actif	46,00 \$
Si expiré	57,50 \$
Membre non actif et membre de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada	115,69 \$
Si expiré	127,19 \$

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>TRANSFERT DE NON ACTIF À ACTIVE</u>	
Ces frais comprennent un crédit pour les frais non actifs déjà payés	
Du 1 ^{er} décembre 2017 au 30 novembre 2018	510,14 \$
Du 1 ^{er} juin au 30 2018 au 30 novembre 2018	287,68 \$
Du 1 ^{er} septembre 2018 au 30 novembre 2018	120,84 \$

(Tous les frais comprennent la T.V.H de 15 %.)

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 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 obtenue par :

- Examen
- Reconnaissance

RENSEIGNEMENTS SUR L'EXAMEN

Examen d'autorisation : EAIC NCLEX Autre (spécifier) _____

Note obtenue : _____

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

Sceau/timbre officiel



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 : ____/____/____ **N° d'immatriculation :** _____
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