



APPLICATION FOR REGISTRATION IEN/DEMANDE D'IMMATRICULATION IFE

I hereby make application for registration in the NANB.

Par la présente, je fais une demande d'immatriculation auprès de l'AIINB.

(PLEASE PRINT/SVP EN LETTRES MOULÉES)

Name/Nom: _____
(surname/nom de famille) (given names, as indicated on birth certificate/ prénoms, tels qu'indiqués sur le certificat de naissance)

Maiden name/Nom de fille: _____ Other Name(s)/Autre nom(s): _____

Permanent mailing address/Adresse postale permanente : _____

Telephone/Téléphone: _____ E-mail/Courriel: _____

Date of birth/Date de naissance: _____ Country of birth/Pays d'origine: _____
(day/jour - month/mois - year/année)

Desired language/Langue préférée: _____

Have you applied for nursing registration in another province? If yes, please list all provinces/territories where you have applied for registration.
Avez-vous déjà présenté une demande d'autorisation d'exercer dans une autre province? Si oui, veuillez indiquer les provinces/territoires où vous avez fait une demande : _____

Are you currently registered with a valid RN registration in another province? If yes, where?
Déterminez-vous actuellement un permis d'exercice valide II dans une autre province? Si oui, veuillez préciser : _____

Have you written the Nursing entrance exam in Quebec, or the NCLEX-RN? Yes / Oui
Avez-vous déjà fait l'examen d'admission à la profession du Québec ou l'examen NCLEX? No / Non

If you passed the NCLEX, when did you pass the exam?
Si vous avez réussi le NCLEX, quand avez-vous réussi l'examen? _____

Is your registration suspended, revoked, under conditions or restrictions, or are you under investigation in another province, territory, or country? If yes, where?

Votre autorisation est-elle suspendue, révoquée ou soumise à des conditions ou restrictions ou fait-elle l'objet d'une enquête actuellement dans une autre province ou un territoire ou pays? Si oui, veuillez préciser : _____

Have you ever been charged with or convicted of a criminal offence? Yes / Oui
Avez-vous déjà été inculpée ou déclarée coupable d'une infraction criminelle? No / Non

NNAS ID Numérotation d'identification du SNEI : _____ NNAS Application Number for NANB Numéro de demande du SNEI pour AIINB : _____

I HEREBY CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS TRUE AND CORRECT.

I understand NANB collects, uses and discloses personal information to carry out its mandate under the Nurses Act to protect the public, for professional regulation, research, statistical, educational, planning and nursing database purposes and also to provide or offer services to its members directly or through the Canadian Nurses Association, Canadian Nurses Protective Society, Meloche Monnex or others third parties when NANB determines such services may be of interest to members. I consent to receiving electronic communications from NANB and third parties respecting such services and understand I may withdraw this consent at any time. I understand I may contact NANB at any time to determine the use or disclosure of information I provide to NANB.

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 atout moment pour vérifier l'usage ou la divulgation des renseignements que je fournis à l'AIINB.

Date : _____ Signature : _____

Return signed form to NANB. / Retourner la formule signée à l'AIINB