

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 : _____ / _____ / _____ 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
Du 1er janvier au 31 décembre _____ = _____ heures
année
Du 1er janvier au 31 décembre _____ = _____ heures
Année
Du 1er janvier au 31 décembre _____ = _____ heures
année
Du 1er janvier au 31 décembre _____ = _____ heures
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