

## DEMANDE DE RÉTABLISSEMENT D'IMMATRICULATION 2023

### 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  non-binaire 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 2022.

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/aaSpécifier quel genre de congé : maternité   
maladie   
invalidité   
autre  préciser \_\_\_\_\_**D. CANDIDATES AVEC TRAVAIL HORS DU NOUVEAU BRUNSWICK**Avez-vous travaillé comme infirmière/infirmier immatriculé(e) hors du N.-B. depuis que vous avez été immatriculé(e) avec l'AIINB?  Oui  Non

Si oui, et si vous n'êtes pas activement immatriculé(e) au Canada, un formulaire de confirmation de vos heures de travail doit être rempli par 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**

Si vous êtes activement immatriculé(e) dans une autre juridiction canadienne, veuillez remplir et soumettre le formulaire « Confirmation d'immatriculation active » .

Si vous n'êtes pas activement immatriculé(e) dans une autre juridiction au Canada, un formulaire de vérification d'autorisation d'exercer doit être complétée et envoyée directement par l'organisme de réglementation de chaque juridiction où vous avez été immatriculé(e) depuis la dernière fois que vous été immatriculé(e) avec 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**

Dès que votre demande a été traité, nous vous enverrons une facture pour les frais d'immatriculation par courriel. Vous pourrez le régler par carte de crédit à partir de votre profil AIINB, dans la section « Mes factures ». Vous pourrez imprimer un reçu après le paiement de la facture.