AIINB

165, rue Regent Street, Fredericton N.-B., Canada, E3B 7B4
Tél. : (506) 458-8731 Téléc. : (506) 459-2838 Sans frais : 1 800 442-4417
Courriel : aiinbimmatriculation@aiinb.nb.ca

DEMANDE DE RÉTABLISSEMENT D'IMMATRICULATION 2024

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 : _____/_____/_____ **Nº d'immatriculation au N.-B. :** _____
jour mois année

B. STATUT DEMANDÉ

☐ 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 2023.
☐ 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 : _____

AIINB
165, rue Regent Street, Fredericton N.-B., Canada, E3B 7B4
Tél. : (506) 458-8731 Téléc. : (506) 459-2838 Sans frais : 1 800 442-4417
Courriel : aiinbimmatriculation@aiinb.nb.ca

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 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 pourez le régler par carte de crédit à partir de votre profil AIINB, dans le section « Mes factures ». Vous pourrez imprimer un reçu après le paiement de la facture.