

VÉRIFICATION D'IMMATRICULATION – INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE

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 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 infirmière et à envoyer directement à l'AIINB au aiinbimmatriculation@aiinb.nb.ca

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 obtenu par :

Examen

Reconnaissance

RENSEIGNEMENTS SUR L'EXAMEN

Examen d'autorisation :

Note obtenue : _____

Nombre d'essais : _____

EAIC

NCLEX

Autre

(spécifier)

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	Statut
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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