

Attestation des heures travaillées

DIRECTION, REGISTRARIAT ET EXAMENS



INFORMATION CONCERNANT LE MEMBRE

Nom de l'infirmière : _____
Prénom de l'infirmière : _____

Date de naissance : _____
Numéro de permis : _____

INFORMATION CONCERNANT L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur : _____
Adresse : _____
Ville : _____

Code postal : _____
Province / Territoire : _____
Pays : _____

INFORMATION CONCERNANT LES HEURES TRAVAILLÉES

À titre d'employeur, vous devez nous faire parvenir **directement** certaines informations sur l'exercice professionnel de ce membre. Veuillez confirmer le nombre d'heures consacrées à exercer des activités liées à la profession infirmière (excluant les heures effectuées en tant que CEPI ainsi que les congés d'étude, de maladie, maternité, vacances) pour les **4 dernières années civiles** (1er janvier au 31 décembre) ainsi que pour l'**année courante**.

Si la personne a exercé dans un CIUSSS ou un CISSS, veuillez indiquer **le nom du lieu d'exercice**.

aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	Nombre d'heures	Titre d'emploi	Lieu d'exercice
Du _____	Au _____	_____	_____	_____
Du _____	Au _____	_____	_____	_____
Du _____	Au _____	_____	_____	_____
Du _____	Au _____	_____	_____	_____
Du _____	Au _____	_____	_____	_____

J'affirme que tous les renseignements que j'ai fournis sont exacts et véridiques.

Nom signataire : _____

Titre : _____

Date : _____

Le formulaire doit être retourné dument complété par courriel à l'adresse actualisation-br@oiiq.org.
Pour toute information additionnelle, vous pouvez contacter la Direction, Registrariat et examens au 514 935-2501, option 2, ou au 1 800 363-6048, option 2