

Autorisation de divulguer des renseignements



COLLEGE OF NURSES
OF ONTARIO
ORDRE DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO

L'EXCELLENCE EN SOINS

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
101, chemin Davenport, Toronto (Ontario) M5R 3P1
www.cno.org

Tél : 416 928-0900
Sans frais au Canada : 1 800 387-5526
Télec. : 416 928-6507

Utilisation de ce formulaire

Ce formulaire doit être utilisé par un/une candidat(e) souhaitant autoriser une autre personne à demander, recevoir ou fournir des renseignements concernant sa demande d'inscription. Remarque : Cette autorisation ne peut être accordée que par le/la candidat(e), pour une personne spécifique. L'autorisation expire deux ans après réception de ce formulaire par l'Ordre ou à la date de l'inscription auprès de l'Ordre, selon la première éventualité.

Comment remplir ce formulaire

Étape 1 : Le/la candidat(e) doit remplir et signer ce formulaire.

Étape 2 : Le/la candidat(e) doit envoyer le formulaire dûment rempli à l'Ordre, en utilisant les coordonnées indiquées en haut de ce formulaire.

Collecte de renseignements personnels

Veuillez examiner la Politique de confidentialité affichée sur le site Web de l'Ordre (www.cno.org/confidentialite) pour comprendre l'usage que l'on fera de vos renseignements personnels..

Nom du/de la candidat(e)

Numéro de demande d'inscription

Prénom du/de la candidat(e)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

À l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario :

Je, soussigné(e), _____, autorise par la présente, _____ domicilié(e) au
Veuillez inscrire votre nom Nom de la personne autorisée

Adresse de la personne autorisée

N° d'appartement/unité

Ville

Province/État

Code postal/Zip

Pays

Numéro de téléphone de la personne autorisée

à demander, recevoir ou fournir des renseignements concernant ma demande d'inscription pour pouvoir exercer la profession infirmière en Ontario. La présente autorisation restera en vigueur pendant deux ans à compter de la date à laquelle ce formulaire est signé par moi, sauf avis contraire de ma part, notifié par écrit, à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

Signature du/de la candidat(e) : _____ Date: _____

JJ/MM/AAAA