

# Formulaire d'achèvement du programme de partenariat « Expérience d'exercice infirmier sous supervision » pour les organisations



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 (ON) M5R 3P1  
[www.cno.org/fr](http://www.cno.org/fr)

Téléphone : 416 928-0900  
Sans frais au Canada : 1 800 387-5526  
Télécopieur : 819 934-6507 Courriel : [spe@cnomail.org](mailto:spe@cnomail.org)

## Instructions

1. Veuillez sauvegarder ce PDF sur votre ordinateur.
2. Lorsque le programme de partenariat « Expérience d'exercice infirmier sous supervision » est terminé, l'organisation remplit ce formulaire et l'envoie par courriel à l'OIIO en utilisant l'adresse électronique indiquée en haut de ce formulaire. Indiquer *FORMULAIRE D'ACHÈVEMENT DU PROGRAMME POUR LES ORGANISATIONS* dans le champ d'objet de votre courriel.

Veuillez prendre connaissance de la Politique de protection des renseignements personnels affichée sur [le site Web](#) de l'OIIO pour comprendre l'usage que l'on fera de vos renseignements personnels.

## SECTION 1 — RENSEIGNEMENTS SUR LE/LA CANDIDAT(E)

\_\_\_\_\_  
Prénom du/de la candidat(e)

\_\_\_\_\_  
Courriel du/de la candidat(e)

\_\_\_\_\_  
Nom du/de la candidat(e)

\_\_\_\_\_  
Demande d'inscription n°

**Catégorie d'inscription :**      Infirmier/infirmière  
                                                 autorisé(e)

Infirmier/infirmière  
auxiliaire autorisé(e)

## CONSENTEMENT DU/DE LA CANDIDAT(E)

Afin de vérifier la satisfaction de l'exigence en matière de preuve d'exercice et de compétences linguistiques (le cas échéant), l'OIIO demande à l'organisation de fournir des renseignements concernant mon expérience d'exercice infirmier sous supervision. Par la présente, je donne à cette organisation mon consentement à fournir toute information à l'OIIO concernant mon expérience d'exercice infirmier sous supervision. Cela constitue mon autorisation légale de fournir les renseignements demandés par l'OIIO, pouvant, de quelque manière que ce soit, être pertinents pour ma demande.

\_\_\_\_\_  
Signature du/de la candidat(e)

\_\_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA)

## SECTION 2 — RENSEIGNEMENTS SUR L'ORGANISATION

Nom de l'organisation

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif du pays)

Adresse municipale

Prénom de la personne-ressource principale

Ville

Nom de la personne-ressource principale

Code postal

Courriel de la personne-ressource principale

### Expérience d'exercice infirmier sous supervision du/de la candidat(e)

1. Date de l'expérience d'exercice infirmier sous supervision

\_\_\_\_\_

Date de début (JJ/MM/AAAA) Date de fin (JJ/MM/AAAA)

\_\_\_\_\_

Nombre total d'heures réalisées

2. Catégorie de pratique

Infirmier/infirmière autorisé(e)

Infirmier/infirmière auxiliaire autorisé(e)

3. Quelle langue la candidate a-t-elle principalement utilisée pour lire, écrire, parler et écouter dans le cadre des soins de santé ou de la pratique lorsqu'elle a fourni des services et interagi avec des patients, des clients et d'autres professionnels de la santé?

Anglais

Français

Autre

4. Une offre d'emploi est-elle envisagée ou a-t-elle été proposée?

Oui

Non (Si non, veuillez expliquer pourquoi. Veuillez joindre une explication si vous avez besoin de plus d'espace)

5. Existe-t-il des doutes quant à la capacité de la candidate à exercer la profession d'infirmière en toute sécurité et avec compétence?

Oui (Si oui, l'OIIO vous contactera pour plus de détails).

Non

**Je certifie par la présente que les renseignements fournis sont exacts et complets.**

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

Date (JJ/MM/AAAA)