



## ATTESTATION DE LA FORMATION DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE

**Section A** doit être remplie par le candidat ou la candidate. Faire parvenir cette demande d'attestation à l'École où le programme de formation d'infirmières praticiennes a été suivi.

J', \_\_\_\_\_,  
nom de famille prénom(s) nom de jeune fille

ai obtenu / obtiendra mon diplôme du programme d'infirmières praticiennes

\_\_\_\_\_

le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . Ma date de naissance est le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .  
Jour mois année jour mois année

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

## ATTESTATION DE L'ACHÈVEMENT DU PROGRAMME D'INFIRMIÈRES PRATICIENNES

### Section B

à remplir par l'autorité désignée pour le programme d'infirmières praticiennes et retournée directement à l'OPINB à [reg-imm@cnnb-opinb.ca](mailto:reg-imm@cnnb-opinb.ca)

Le présente atteste que: \_\_\_\_\_  
nom de famille prénom(s) nom de jeune fille

A été admise au programme d'infirmières praticiennes de \_\_\_\_\_  
École

le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ; date d'achèvement (prévue) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ et a acquis les  
jour mois année jour mois année

compétences exigées en matière de prescriptions de substances et médicaments contrôlés. Le programme d'étude

était en  soins de santé primaire  autre spécialités, veuillez préciser: \_\_\_\_\_.

La durée du programme était de \_\_\_\_\_. Il s'agissait d'un programme approuvé au moment où le  
programme a été suivi  oui  non

### SCEAU

TIMBRE OFFICIEL

\_\_\_\_\_ nom

\_\_\_\_\_ titre

\_\_\_\_\_ signature

\_\_\_\_\_ date