College of Nursing of New Brunswick | Ordre de la pratique infirmière du Nouveau-Brunswick

CONFIRMATION DES HEURES: INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE

SECTION A *Devant être rempli par le candidat ou la candidate et envoyé à l'employeur.*

Nom: _____
nom de famille prénom deuxième prénom

Nom de fille:_____ **Ancien nom(s):**_____

Date de naissance: _____/_____/_____ **# d'immatriculation:** _____
jour mois année

J'était à l'emploi de votre institution à titre d'infirmière immatriculée

de: _____/_____ **à:** _____/_____
mois année mois année

Je consens à ce que les renseignements requis par ce formulaire parvienne à l'OPINB

_____ _____
date signature

SECTION B *Devant être remplie par l'employeur et retournée directement a l'OPINB à* reg-imm@cnnb-opinb.ca

J'atteste que _____ **a exercé à titre d'infirmière immatriculée à cet institution.**
nom de l'infirmière

Les renseignements suivant sont un relève exact de ses heures de pratique par année, pour les cinq dernières années comme infirmière immatriculée.

1 jan, ____ à 31 déc , ____ = _____ heures
année année
1 jan, ____ à 31 déc , ____ = _____ heures
année année
1 jan, ____ à 31 déc , ____ = _____ heures
année année

1 jan, ____ à 31 déc , ____ = _____ heures
année année
1 jan, ____ à 31 déc , ____ = _____ heures
année année

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR

nom imprimé	signature	date

titre	nom de l'institution

adresse	ville	province/état	pays

numéro de téléphone	adresse courriel

Ce formulaire doit être retournée directement à l'Ordre de la pratique infirmière du Nouveau-Brunswick