

Formulaire d'achèvement du Programme de partenariat en matière d'Expérience d'exercice infirmier sous supervision (SPEP) pour les organisations

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
101, chemin Davenport, Toronto (ON)
M5R 3P1

Téléphone : 416 928-0900
Sans frais au Canada : 1 800 387-5526
Télécopieur : 416 928-6507 Courriel : spe@cnomail.org

www.cno.org/fr

Instructions

1. Veuillez enregistrer ce fichier PDF sur votre ordinateur.
2. Lorsque le SPEP est terminé, veuillez remplir ce formulaire et l'envoyer par courrier électronique à l'adresse suivante spe@cnomail.org en utilisant l'objet : FORMULAIRE D'ACHÈVEMENT DU SPEP POUR LES ORGANISATIONS. Le formulaire ne peut être accepté que si tous les champs sont remplis. Les formulaires incomplets peuvent entraîner des retards dans le processus d'inscription de la candidate ou du candidat.

Veuillez prendre connaissance de la [Politique de protection des données personnelles](#) de l'OIIO pour comprendre l'usage que l'on fera de vos renseignements personnels.

SECTION 1 — RENSEIGNEMENTS SUR LA CANDIDATE OU LE CANDIDAT

Prénom (candidate/candidat)

Courriel (candidate/candidat)

Nom (candidate/candidat)

Numéro de la candidature

Catégorie d'inscription : Infirmière autorisée/Infirmier autorisé Infirmière auxiliaire autorisée/Infirmier auxiliaire autorisé

CONSENTEMENT DE LA CANDIDATE OU DU CANDIDAT

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 (candidate/candidat)

Date (JJ/MM/AAAA)

SECTION 2 — RENSEIGNEMENTS SUR L'ORGANISATION

Nom de l'organisation

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)

Adresse municipale

Prénom de la personne-ressource principale

Ville

Nom de la personne-ressource principale

Code postal

Courriel de la personne-ressource principale

Nom (préceptrice/précepteur)

Catégorie d'inscription (préceptrice/précepteur)

EXPÉRIENCE D'EXERCICE INFIRMIER SOUS SUPERVISION (CANDIDATE/CANDIDAT)

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 milieu d'exercice du SPEP

Infirmière autorisée/Infirmier autorisé

Infirmière auxiliaire autorisée/Infirmier auxiliaire autorisé

3. Quelle langue la candidate ou le candidat a-t-il principalement utilisé pour lire, écrire, parler et écouter dans le cadre des soins de santé ou de l'exercice lorsqu'il 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 ou du candidat à exercer la profession d'infirmière en toute sécurité et avec compétence?

Oui (Si oui, l'OIO 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)