

# DEMANDE D'ANNULATION DU RÉSULTAT À L'EXAMEN PROFESSIONNEL



Ordre des infirmières  
et infirmiers auxiliaires  
du Québec

TOUS LES CHAMPS DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉS POUR LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE ET LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE TRANSMIS À L'OIIAQ DANS LES 60 JOURS SUIVANT LA DATE DE RÉCEPTION DES RÉSULTATS DE L'EXAMEN

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ) / /
Code permanent	Courriel	Numéro de candidat
Téléphone (domicile)	Téléphone (cellulaire)	Téléphone (autre)
Adresse (n° rue, app.)	Ville	Code postal
Date de l'examen (AAAA/MM/JJ) / /		

## MOTIF DE LA DEMANDE

Maladie

Décès d'un membre de la famille (père, mère, conjoint ou enfant)

Accouchement

Cas de force majeure (événement subi et inattendu)

## DESCRIPTION DÉTAILLÉE DE LA SITUATION JUSTIFIANT LA DEMANDE D'ANNULATION DU RÉSULTAT À L'EXAMEN PROFESSIONNEL

### ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC

3400, boul. De Maisonneuve Ouest, bureau 1115

Montréal (Québec) H3Z 3B8

Tél. : 514 282-9511 | Sans-frais : 1 800 283-9511 | Téléc. : 514 282-0631

[oiiq.org](http://oiiq.org)

### IMPORTANT

Enregistrez d'abord le formulaire sur votre poste de travail, remplissez-le à l'écran et envoyez-le par courriel à : [examen@oiiq.org](mailto:examen@oiiq.org)

# DEMANDE D'ANNULATION DU RÉSULTAT À L'EXAMEN PROFESSIONNEL



Ordre des infirmières  
et infirmiers auxiliaires  
du Québec

TOUS LES CHAMPS DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉS POUR LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE ET LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE TRANSMIS À L'OIIAQ DANS LES 60 JOURS SUIVANT LA DATE DE RÉCEPTION DES RÉSULTATS DE L'EXAMEN

**PIÈCE JUSTIFICATIVE JOINTE AVEC LA DEMANDE** (Conservez vos originaux. Faites-nous parvenir des copies seulement.)

Certificat médical

Certificat ou acte de naissance

Certificat ou acte de décès

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

**Peu importe la décision du comité exécutif, que le résultat de l'échec soit maintenu au dossier de la personne candidate, ou qu'il soit annulé, la personne devra s'inscrire à la prochaine séance à laquelle elle sera convoquée.**

## ATTESTATION DU CANDIDAT

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans la présente et je me suis assuré(e) que celle-ci est dûment remplie et signée.

Je sais que toute déclaration fautive ou incomplète peut entraîner le rejet de cette demande.

\_\_\_\_\_  
Signature

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

## RÉSERVÉ À L'OIIAQ

Décision :

Échec maintenu

Annulation de l'échec

Date de la prochaine convocation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne autorisée à l'OIIAQ

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

### ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC

3400, boul. De Maisonneuve Ouest, bureau 1115

Montréal (Québec) H3Z 3B8

Tél. : 514 282-9511 | Sans-frais : 1 800 283-9511 | Téléc. : 514 282-0631

[oiiq.org](http://oiiq.org)

### IMPORTANT

Enregistrez d'abord le formulaire sur votre poste de travail, remplissez-le à l'écran et envoyez-le par courriel à : [examen@oiiq.org](mailto:examen@oiiq.org)