

Demande de reconnaissance du statut de candidate à l'exercice de la profession infirmière auxiliaire (CEPIA)



Ordre des infirmières
et infirmiers auxiliaires
du Québec

TOUS LES CHAMPS DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉS POUR LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE

Des frais administratifs de 75 \$ plus taxes seront applicables à partir du 1^{er} avril 2022 pour le traitement des demandes CEPIA.

SECTION A (À REMPLIR PAR LA CANDIDATE)

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
Code permanent	N° de candidate (OIIAQ)	
Adresse (n° rue, app.)	Ville	Code postal
Téléphone (domicile)	Téléphone (cellulaire)	Téléphone (autre)
Courriel		

SECTION B (À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR)

Nom de l'employeur (Établissement de santé)	Nom de l'installation	
Date du début de l'emploi (AAAA/MM/JJ)	Nom de la personne autorisée par l'établissement	
Téléphone	Poste	Courriel
Signature de la personne autorisée	Nous souhaitons vous sensibiliser quant aux deux conditions nécessaires pour qu'une CEPIA puisse pratiquer : 1. Avoir complété avec succès le programme d'intégration; 2. Exercer les activités sous supervision d'une Infirmière ou Infirmière auxiliaire, présente dans l'unité de soins concernée	

ATTESTATION DE LA CANDIDATE

Déclaration criminelle : avez-vous été déclarée coupable d'une des infractions suivantes ?

Criminelle

Disciplinaire

Pénale

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

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

Signature	Date (AAAA/MM/JJ)
-----------	-------------------

Faire parvenir ce formulaire par la poste ou par courriel (examen@oiiq.org) et accorder un délai de traitement de 10 jours ouvrables après réception de la demande: OIIAQ | Service de la formation professionnelle et des permis | 3400, boul. De Maisonneuve O., bureau 1115 Montréal (Québec) H3Z3Z8

IMPORTANT : Vous devez nous aviser en cas de changement d'employeur ou d'impossibilité à respecter les conditions mentionnées.

RÉSERVÉ À L'OIIAQ

Décision : Acceptée Refusée

Commentaires :

Signature de la personne autorisée à l'OIIAQ	Date (AAAA/MM/JJ)
--	-------------------