

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

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		

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@oiaq.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

RÉSERVÉ À L'OIIAQ

Décision : Acceptée Refusée

Commentaires :

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