

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

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

## SECTION A (À REMPLIR PAR LA CANDIDATE)

### SECTION A

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)

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 ? Oui Non

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](mailto:examen@oiiq.org)) et accorder un **déla**

**IAI** | Service de la formation professionnelle et des permis | 3400, boul. De Maisonneuve O., bureau 1115 Montréal (Québec) H3Z 3Z8

## RÉSERVÉ À L'OIIAQ

Décision : Acceptée Refusée

Commentaires :

Signature de la personne autorisée à l'OIIAQ

Date (AAAA/MM/JJ)