



**BOURSE DE CERTIFICATION OU BOURSE DE RECERTIFICATION NATIONALE EN SOINS INFIRMIERS PÉRIOPÉRATOIRES**  
***BURSARY FOR CERTIFICATION OR RECERTIFICATION IN PERIOPERATIVE NURSING***

La bourse s'adresse aux personnes qui s'inscrivent à la certification ou recertification nationale en soins périopératoires.	<i>The bursary is intended for candidates pursuing the National Certification or Recertification in Perioperative Nursing.</i>
<b>Critères d'éligibilité</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Être membre actif de la CIISOQ depuis deux (2) ans.</li><li>• La date limite d'inscription est la date de l'examen de l'année en cours.</li></ul>	<b><i>Eligibility criteria</i></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Active CORNQ member for two (2) years.</i></li><li>• <i>The deadline for registration is the date of the current year exam</i></li></ul>
<b>Modalités d'attribution</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Le montant total sera alloué sur réception de la preuve de réussite de l'examen.</li><li>• Une preuve de réussite doit être envoyée dans les 90 jours après l'examen.</li><li>• Seul le reçu original sera accepté pour fin de remboursement.</li></ul>	<b><i>Distribution of bursary</i></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>The bursary will be awarded upon successful completion of exam.</i></li><li>• <i>Proof of success must be sent within 90 days following the exam.</i></li><li>• <i>The original receipt is required.</i></li></ul>

Soumettre votre demande à / Send the Application to :

CIISOQ  
10 Place du Commerce  
CP 63 Succ. Brassard  
Brassard (Québec) J4W 3L7

[info@ciisoq.ca](mailto:info@ciisoq.ca)



**BOURSE DE CERTIFICATION OU BOURSE DE RECERTIFICATION NATIONALE EN SOINS INFIRMIERS PÉRIOPÉRATOIRES**  
**BURSARY FOR CERTIFICATION OR RECERTIFICATION IN PERIOPERATIVE NURSING**

Formulaire de demande / Application form

Nom / *Name* : \_\_\_\_\_

Adresse / *Address*: \_\_\_\_\_ Ville / *City*: \_\_\_\_\_

Code postal / *Postal Code*: \_\_\_\_\_ Téléphone / *Phone*: \_\_\_\_\_

Centre Hospitalier / *Hospital*: \_\_\_\_\_ Fonction / *Job title*: \_\_\_\_\_

N° member / *# Membership*: \_\_\_\_\_ Courriel / *E-mail*: \_\_\_\_\_