



FORMULAIRE DE DEMANDE

DE RECERTIFICATION PAR APPRENTISSAGE CONTINU OU PAR EXAMEN

PROGRAMME DE CERTIFICATION DE L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA

**LES TÉLÉCOPIES
NE SONT PAS ACCEPTÉES**

NE RIEN AGRAFER, S.V.P.

Pour faciliter la lecture de ce document, les mots de genre féminin appliqués aux personnes désignent les femmes et les hommes, et vice-versa, si le contexte s'y prête.

IL FAUT UTILISER LE GUIDE DE DEMANDE DE RECERTIFICATION POUR REMPLIR CE FORMULAIRE.

DATE LIMITE DE PRÉSENTATION DES DEMANDES : le vendredi 1^{er} décembre 2006 (le cachet de la poste faisant foi)

DATE DE L'EXAMEN : le samedi 14 avril 2007 (pour les candidates à la recertification par examen)

TOUTES LES CANDIDATES DOIVENT REMPLIR CE FORMULAIRE. Tous les renseignements demeureront confidentiels.

Recertification par apprentissage continu ou par examen

(✓ cochez une réponse) :

par apprentissage continu

par examen

Numéro de certification de l'AIIC : _____

Code de spécialité infirmière : _____

Soins infirmiers :

| | | | |
|---------------------|----|--------------------------------|----|
| – cardiovasculaires | CV | – en périnatalité | PR |
| – d'urgence | ER | – en psychiatrie/santé mentale | MH |
| – en gériatrie | GR | – en santé du travail | OH |
| – en néphrologie | NP | – en sciences neurologiques | NN |
| – en oncologie | OC | – intensifs (adultes) | CC |
| | | – périopératoires | OR |

Je fais la demande de certification ou de recertification pour 2 spécialités cette année.

RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION

(VOIR LE GUIDE DE DEMANDE À LA PAGE 10)

Langue de correspondance préférée : français anglais

PRIÈRE D'ÉCRIRE LISIBLEMENT EN LETTRES MOULÉES! Tous les renseignements doivent être exacts et précis pour éviter les retards.

(Indiquez votre nom tel que vous voulez qu'il paraisse sur votre certificat.)

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM

INITIALES
DES AUTRES PRÉNOMS

NUMÉRO ET NOM DE LA RUE

R.R./C.P./ETC.

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

()

()

TÉLÉPHONE À LA MAISON

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL

POSTE

COURRIEL 1

COURRIEL 2

AUTORISATION D'EXERCER ET ADHÉSION À L'AIIC (VOIR LE GUIDE DE DEMANDE AUX PAGES 11 ET 12)

Cochez (✓) une case : Je suis : membre de l'AIIC non-membre de l'AIIC (Veuillez vous reporter aux pages 11 et 12 du Guide de demande, qui contient des renseignements sur l'adhésion.)

TOUTES LES CANDIDATES : Veuillez joindre une photocopie de votre autorisation d'exercer provinciale/territoriale pour l'année en cours.

INFIRMIÈRES DE L'ONTARIO : Pour obtenir le tarif réduit accordé aux membres de l'AIIC, veuillez également joindre une photocopie de votre carte de membre en règle de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (RNAO).

**DÉCOUPEZ ET APOSEZ ICI UNE COPIE
DE VOTRE AUTORISATION D'EXERCER
POUR L'ANNÉE EN COURS**

(Si vous ne la trouvez pas, veuillez communiquer avec votre association pour obtenir une copie)

**DÉCOUPEZ ET APOSEZ ICI UNE COPIE DE VOTRE
CARTE DE MEMBRE EN RÈGLE DE LA RNAO**

J'ai présenté une demande d'adhésion à la RNAO pour 2006, mais je n'ai encore rien reçu. J'enverrai une copie de ma carte de membre dès que je l'aurai reçue (Télécopieur : [613] 237-6684).

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ À LA RECERTIFICATION

(VOIR LE GUIDE DE DEMANDE AUX PAGES 2 À 4)

Veuillez indiquer l'option choisie pour votre demande

Option 1 (par AC)

Option 2 (par examen)

VÉRIFICATION DE L'EXPÉRIENCE DANS LA SPÉCIALITÉ INFIRMIÈRE

(VOIR LE GUIDE DE DEMANDE AUX PAGES 12 ET 13)

| | EMPLOYEUR | POSTE | SUPERVISEURE/ CONSEILLÈRE | DATES DES EMPLOIS OCCUPÉS À TITRE D'INFIRMIÈRE (autorisée/immatriculée) | HEURES (durant les 5 dernières années seulement) |
|--|--|-----------------------|------------------------------|---|---|
| PRIMAIRE | NOM COMPLET DE L'EMPLOYEUR/L'HÔPITAL _____ | TITRE _____ | NOM _____ | DE _____ mois/année | Heures/année |
| | ÉTAGE/SERVICE _____ | _____ | _____ | _____ | 2002 |
| | ADRESSE _____ | RESPONSABILITÉS _____ | TITRE _____ | À _____ mois/année | 2003 |
| | VILLE _____ | _____ | _____ | _____ | 2004 |
| PROVINCE _____ | _____ | _____ | _____ | 2005 | |
| CODE POSTAL _____ | _____ | _____ | _____ | 2006 | |
| | | | | | Nombre total d'heures _____ |
| SECONDAIRE | NOM COMPLET DE L'EMPLOYEUR/L'HÔPITAL _____ | TITRE _____ | NOM _____ | DE _____ mois/année | Heures/année |
| | ÉTAGE/SERVICE _____ | _____ | _____ | _____ | 2002 |
| | ADRESSE _____ | RESPONSABILITÉS _____ | TITRE _____ | À _____ mois/année | 2003 |
| | VILLE _____ | _____ | _____ | _____ | 2004 |
| PROVINCE _____ | _____ | _____ | _____ | 2005 | |
| CODE POSTAL _____ | _____ | _____ | _____ | 2006 | |
| | | | | | Nombre total d'heures _____ |
| AUTRE | NOM COMPLET DE L'EMPLOYEUR/L'HÔPITAL _____ | TITRE _____ | NOM _____ | DE _____ mois/année | Heures/année |
| | ÉTAGE/SERVICE _____ | _____ | _____ | _____ | 2002 |
| | ADRESSE _____ | RESPONSABILITÉS _____ | TITRE _____ | À _____ mois/année | 2003 |
| | VILLE _____ | _____ | _____ | _____ | 2004 |
| PROVINCE _____ | _____ | _____ | _____ | 2005 | |
| CODE POSTAL _____ | _____ | _____ | _____ | 2006 | |
| | | | | | Nombre total d'heures _____ |
| TOTAL DU NOMBRE D'HEURES CALCULÉES pour satisfaire aux critères d'admissibilité : | | | | | <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |

* Utiliser au besoin une feuille distincte pour indiquer plus de TROIS (3) expériences d'emploi pertinentes.

Veuillez noter : N'indiquez les expériences d'emploi dans votre spécialité infirmière que pour les cinq dernières années (du mois de janvier 2002 à 2006 inclusivement). Toute autre information est superflue.

Une année à temps plein = 1 950 heures

Il faut présenter votre demande au plus tard le 1^{er} décembre 2006, mais, au besoin, vous pouvez calculer vos heures jusqu'à la fin de votre période de certification.**ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE CONTINU**

(VOIR LE GUIDE DE DEMANDE À LA PAGE 13)

 J'ai joint à ce document ma Liste d'activités d'apprentissage continu dans un format semblable (par ex., sous forme de fichier électronique).
 Voir Guide de demande aux pages 4 à 8.

Total des heures d'AC requises = 100 heures.

NOMBRE TOTAL D'HEURES DÉCLARÉES :

| | | | |
|----------------------------|---|---|---|
| RÉSERVÉ À L'AIC | AC APPROUVÉ PAR L'EXAMINATRICE | La candidate satisfait aux critères de l'AC : <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | |
| | Nombre total d'heures AC approuvées : _____ | Signature de l'examinatrice : _____ Date _____ | |
| | PRATIQUE INFIRMIÈRE <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> V | FORMATION POST-DIPLÔME <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | ÉTUDES 01 <input type="checkbox"/> Diplôme 02 <input type="checkbox"/> Baccalauréat 03 <input type="checkbox"/> Maîtrise |

APPUI ET VÉRIFICATION DE L'EXPÉRIENCE PAR VOTRE SUPERVISEURE OU UNE CONSEILLÈRE DANS VOTRE SPÉCIALITÉ

(VOIR LE GUIDE DE DEMANDE À LA PAGE 14)

J'atteste que _____ participe activement à titre d'infirmière (autorisée/immatriculée) à la prestation de soins directs aux patients, à la gestion, à l'enseignement ou à la recherche en soins infirmiers en _____

(nom de la candidate)

(spécialité infirmière)

J'atteste par ailleurs que cette candidate a acquis le nombre minimal d'heures d'expérience en tant qu'infirmière (autorisée/immatriculée) pour la certification de l'AIIC dans sa spécialité en soins infirmiers, comme elle l'a indiqué sur ce formulaire de demande. (Décrivez brièvement dans quelle mesure la candidate est apte à appliquer les connaissances et les compétences spécialisées nécessaires à la pratique de la spécialité) :

SIGNATURE DE LA SUPERVISEURE OU DE LA CONSEILLÈRE

EMPLOYEUR

DATE

()

NOM (EN LETTRES MOULÉES, S.V.P.)

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL

TITRE DU POSTE

COURRIEL

VEUILLEZ NOTER : Le Programme de certification de l'AIIC se réserve le droit de vérifier l'emploi et le permis d'exercice / l'autorisation d'exercer de toute candidate. L'expérience dans un poste d'infirmière auxiliaire, d'infirmière psychiatrique ou un autre poste de prestataire de soins de santé ne sera pas prise en considération.

ÉTUDES EN SCIENCES INFIRMIÈRES

(VOIR LE GUIDE DE DEMANDE À LA PAGE 14)

1. Veuillez cocher (✓) le niveau d'études en sciences infirmières le plus élevé atteint.

Diplôme Baccalauréat Maîtrise Doctorat _____
École / Université Année

2. Veuillez cocher (✓) si la réponse est affirmative Oui, j'ai une formation POST-DIPLÔME dans ma spécialité infirmière (p. ex., cours de collège communautaire dans une spécialité infirmière)

DÉCLARATION OFFICIELLE

(VOIR LE GUIDE DE DEMANDE AUX PAGES 14 ET 15)

Veillez indiquer la date au bas du formulaire et le signer pour que votre demande puisse être traitée.

Par la présente, je demande à renouveler, par apprentissage continu ou par examen, ma certification de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) en _____. Je comprends que pour obtenir la certification, il faut satisfaire aux exigences qui ont été spécifiées pour participer au programme. À cette fin, j'autorise l'AIIC à faire toutes les recherches qu'elle jugera nécessaires pour vérifier mes titres et ma situation professionnelle.

Je comprends que les frais de demande comprennent une portion non remboursable qui s'applique à l'ensemble des candidates et candidats à la certification de l'AIIC.

Dans le cadre du processus de certification, l'AIIC recueille des informations qui peuvent lui servir pour établir des statistiques, faire de la recherche ou déployer des efforts promotionnels. Ces informations sont utilisées sous une forme non identifiable. Je consens à ce que les renseignements me concernant soient inclus dans ces informations de la manière décrite dans ce paragraphe, conformément à la politique de l'AIIC sur la protection des renseignements personnels et à l'information disponible sur le site Web de l'AIIC.

J'atteste que, pour autant que je le sache, les renseignements donnés dans cette demande sont complets et exacts.

Signature de la candidate / du candidat

Date

Oui, je consens à ce que l'AIIC divulgue mon nom, mes coordonnées et le fait que j'ai obtenu la certification à l'association infirmière nationale de ma spécialité afin de permettre à celle-ci de communiquer avec moi.

Non, je ne consens pas à ce que l'AIIC divulgue ces renseignements.

Langue d'examen préférée (IL FAUT EN CHOISIR UNE.) : **français** **anglais** Je souhaite recevoir une copie de l'examen dans chacune des langues officielles.

Code du centre d'examen : _____ **Nom de la ville :** _____ (voir le Guide de demande à la page 16)

Demande de dispositions spéciales pour l'examen

Si vous avez besoin de l'une des dispositions spéciales énumérées ci-dessous, il vous faut utiliser le Formulaire de demandes spéciales relatives au centre d'examen, que vous pouvez vous procurer sur le site Web de l'AIIC ou en téléphonant au 1-800-450-5206. **Le formulaire rempli doit accompagner votre demande générale.**

- Dispositions spéciales pour faciliter le déroulement de l'examen (si vous avez une invalidité ou une incapacité vous empêchant de passer l'examen dans des conditions normales). Veuillez écrire SPAC sur la ligne ci-dessus intitulée Code du centre d'examen.
- Centre d'examen de remplacement (si vous vivez à plus de 200 km des 50 centres d'examen indiqués dans la liste). Veuillez écrire SBWC sur la ligne ci-dessus intitulée Code du centre d'examen. Des frais administratifs de 75 \$ + TPS (6 %) ou TVH (14 %) par candidate sont exigés pour organiser un centre d'examen de remplacement.
- Autre date d'examen. (Si vos croyances religieuses vous empêchent de vous présenter à l'examen un samedi, vous pouvez demander la date spéciale du vendredi 13 avril 2007.) Veuillez écrire ALWD sur la ligne ci-dessus intitulée Code du centre d'examen.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PAIEMENT

(VOIR LE GUIDE DE DEMANDE AUX PAGES 17 ET 18)

Renseignements généraux

- Choisissez une méthode de paiement. Si vous payez par carte de crédit, remplissez et retournez le formulaire « Règlement par carte de crédit » qui est joint au Guide de demande.
- Établissez les chèques à l'ordre de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Vous n'aurez pas d'autres frais à verser pour votre certification pendant sa période de validité de cinq ans.
- Les frais comprennent le prix du Guide de préparation à l'examen de certification de l'AIIC, qui sera envoyé d'office à toutes les candidates autorisées à se présenter à l'examen.
- Toute erreur de votre part dans le paiement des frais RETARDERA le traitement de votre demande.

REMARQUE au sujet des possibilités de remboursement :

- Des frais non remboursables de 53 \$ (y compris 6 % de TPS) ou de 57 \$ (y compris 14 % de TVH) sont exigés de toutes les candidates qui font une demande de certification à l'AIIC. (Ces frais seront remboursés aux candidates qui ne sont pas admissibles au programme.)
Si vous faites la demande de recertification pour deux spécialités dans une même année, vous ne devez payer les frais qu'une seule fois.
- Des frais d'administration de 21,20 \$ (y compris 6 % de TPS) ou de 22,80 \$ (y compris 14 % de TVH) seront exigés pour tout retour de paiement non approuvé (chèque ou carte de crédit).
- Frais retenus sur le remboursement si la candidate se retire du programme AVANT d'avoir reçu le Guide de préparation : 53 \$ (y compris 6 % de TPS) ou 57 \$ (y compris 14 % de TVH).
- Frais retenus sur le remboursement si la candidate se retire du programme APRÈS avoir reçu le Guide de préparation : 84,80 \$ (y compris 6 % de TPS) ou 91,20 \$ (y compris 14 % de TVH).
- Frais de retrait tardif dans les 30 jours précédant l'examen : 106 \$ (y compris 6 % de TPS) ou 114 \$ (y compris 14 % de TVH) en sus des frais non remboursables indiqués ci-dessus.
- Frais de copie de 10,60 \$ (y compris 6 % de TPS) ou 11,40 \$ (y compris 14 % de TVH).

Nom de la personne ou de l'organisme qui effectue le paiement, si ce n'est pas la candidate (un reçu sera émis au nom de cette personne ou de cet organisme) :

Tous les frais comprennent les frais d'administration

Frais de recertification (les frais suivants comprennent 6 % de TPS ou 14 % de TVH)

Recertification par apprentissage continu

- Membres de l'AIIC (TPS incluse **259,70 \$**) _____
- Membres de l'AIIC (TVH incluse **279,30 \$**) _____
- Non-membres de l'AIIC (TPS incluse **323,30 \$**) _____
- Non-membres de l'AIIC (TVH incluse **347,70 \$**) _____

Recertification par examen

- Membres de l'AIIC (TPS incluse **450,50 \$**) _____
- Membres de l'AIIC (TVH incluse **484,50 \$**) _____
- Non-membres de l'AIIC (TPS incluse **636 \$**) _____
- Non-membres de l'AIIC (TVH incluse **684 \$**) _____
- Reprise (TPS incluse **318 \$**)
(toutes les candidates qui ont échoué) _____
- Reprise (TVH incluse **342 \$**)
(toutes les candidates qui ont échoué) _____
- Frais pour centre d'examen de remplacement
(TPS incluse **79,50 \$**) _____
- Frais pour centre d'examen de remplacement
(TVH incluse **85,50 \$**) _____

LA TVH (14 %) S'APPLIQUE AUX PERSONNES RÉSIDANT DANS LES PROV./TERR. PORTANT LES INDICATIFS POSTAUX NL, NB, NS.

LA TPS (6 %) S'APPLIQUE AUX PERSONNES RÉSIDANT DANS LES PROV./TERR. PORTANT LES INDICATIFS POSTAUX BC, AB, SK, MB, ON, QC, PE, NU, NT, YT.

TOTAL DES FRAIS

Méthode de paiement

- Chèque (inclure un seul chèque pour le paiement au complet)
- Carte de crédit (remplir le formulaire Règlement par carte de crédit)
- Mandat (inclure un seul mandat pour le paiement au complet)

RÉSERVÉ À L'AIIC

Reçu _____
 Préexamen _____
 Examen _____
 Entrée des données _____
 Vérification _____

VÉRIFICATION
 PERMIS/AUTORISATION
 ATTESTATION
 A.C.

N A P R

Y Y

Y Y

Date et initiales

ADMISSIBILITÉ E _____

C _____

I _____





RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

PROGRAMME DE CERTIFICATION DE L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA

Les renseignements démographiques recueillis à l'aide de ce formulaire ne serviront qu'à des fins statistiques et stratégiques. Ils seront utilisés sous une forme qui ne permet pas d'identifier les personnes.

Veillez indiquer l'information appropriée dans les cases à gauche.

(code à 2 lettres)

1. Spécialité de certification ou de recertification

Soins infirmiers :

- | | | | | | |
|------------------------|----|--------------------------------|----|-----------------------------|----|
| – cardiovasculaires | CV | – en orthopédie | OT | – en sciences neurologiques | NN |
| – d'urgence | ER | – en périnatalité | PR | – intensifs (adultes) | CC |
| – en gastroentérologie | GI | – en psychiatrie/santé mentale | MH | – intensifs en pédiatrie | CP |
| – en gérontologie | GR | – en réadaptation | RH | – palliatifs | PC |
| – en néphrologie | NP | – en santé communautaire | CM | – périopératoires | OR |
| – en oncologie | OC | – en santé du travail | OH | | |

2. Année de la demande

3. Catégorie de demande

(I ou R)

- I Certification initiale
R Recertification

4. Province ou territoire ayant délivré l'autorisation d'exercer

- | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|
| AB | MB | NL | NT | ON | QC | YT |
| BC | NB | NS | NU | PE | SK | |

(01-05)

5. Niveau d'études le plus élevé atteint en sciences infirmières

- | | | |
|-------------|-----------------|-------------|
| 01 Diplôme | 02 Baccalauréat | 03 Maîtrise |
| 04 Doctorat | 05 Autre _____ | |

(F ou M)

6. Sexe

- F féminin
M masculin

7. Lieu de travail :

(01-11)

- | | | |
|--|---|--|
| 01 Centre de santé communautaire | 02 Hôpital | 03 Milieu de formation infirmière |
| 04 Service de santé du travail | 05 Foyer de soins infirmiers/Soins spéciaux | 06 Cabinet de médecin/ Médecine familiale |
| 07 Service de santé publique | 08 Centre de réadaptation | 09 Emploi autonome/pratique indépendante |
| 10 Organisme de visites/soins à domicile | 11 Autre : _____ | |

8. Poste :

(01-14)

- | | | |
|---|--|---|
| 01 Doyenne adjointe/associée | 02 Infirmière clinicienne spécialisée | 03 Conseillère/consultante |
| 04 Directrice/vice-présidente des soins infirmiers | 05 Inf. enseignante clinique/professeure | 06 Infirmière gestionnaire |
| 08 Chercheuse | 09 Infirmière de chevet | 10 Surveillante/coordonnatrice |
| 11 Infirmière praticienne autorisée/agrèée | 12 Autre : _____ | 14 Infirmière assumant un rôle d'infirmière praticienne |

(01-06)

9. Nombre total d'années d'expérience en tant qu'infirmière autorisée / immatriculée :

01 1-2 ans

02 3-5 ans

03 6-10 ans

04 11-20 ans

05 21-30 ans

06 30 ans et +

(01-06)

10. Nombre total d'années d'expérience dans la spécialité de certification :

01 1-2 ans

02 3-5 ans

03 6-10 ans

04 11-20 ans

05 21-30 ans

06 30 ans et +

(02-25)

PRIMAIRE

11. Domaine(s) de responsabilité :

02 Soins cardiovasculaires

03 Urgence

04 Gériatrie

06 Périnatalité

07 Soins médicaux/chirurgicaux

08 Néphrologie

09 Sciences neurologiques

10 Santé du travail

11 Soins périopératoires

12 Oncologie

13 Pédiatrie

14 Soins psychiatriques/santé mentale

15 Santé publique/communautaire

16 Visites/soins à domicile

19 Soins intensifs (adultes)

20 Soins intensifs (pédiatrie)

21 Gastroentérologie

22 Orthopédie

23 Réadaptation

24 Soins palliatifs

25 Soins des plaies/stomothérapie

17 Autre : _____

(02-25)

SECONDAIRE

(01-09)

12. Comment avez-vous eu connaissance du Programme de certification de l'AIC?

(cochez [✓] toutes les réponses appropriées)

01 Dépliant02 Publicité dans une revue03 Ami(e)/collègue04 Affiche05 Association provinciale06 Organisation spécialisée07 Autre (p. ex., recertification) : _____08 Conférence, congrès09 Site Web de l'AIC*Merci d'avoir pris le temps de remplir ce formulaire.*

2005



RÈGLEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT

PROGRAMME DE CERTIFICATION DE L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA

Veillez noter : Pour des raisons de concision, la forme féminine englobe la forme masculine, et vice-versa, si le contexte s'y prête.

Veillez remplir **les trois sections** de ce formulaire pour que nous puissions traiter votre règlement des frais de certification par carte de crédit.

SECTION 1

Code de spécialité (Reportez-vous à la page 1 du Formulaire général de demande ou du Formulaire de demande de recertification)

Numéro d'autorisation/de permis d'exercice Province _____

Cette demande concerne la certification initiale la recertification par apprentissage continu la recertification par examen

Nom de la candidate _____ Prénom de la candidate _____

Numéro de téléphone (_____) _____ - _____ Courriel _____

Indiquez le montant total des frais de certification. Cette somme sera portée au débit de votre carte de crédit.

(Pour plus de renseignements sur les frais à payer et l'adhésion à l'AIIC, reportez-vous aux tableaux du Formulaire général de demande.)

Résidents de Terre-Neuve, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse : prière de vous reporter aux tableaux incluant la TVH.

Membre de l'AIIC _____ \$ (montant) Non-membre de l'AIIC _____ \$ (montant) Reprise de l'examen _____ \$ (montant)

SECTION II

(✓ Cochez une case) VISA ou MASTERCARD

Numéro de la carte Date d'expiration _____

Nom du titulaire de la carte (s'il ne s'agit pas de la candidate) _____

Prénom du titulaire (s'il ne s'agit pas de la candidate) _____

Signature du titulaire (s'il ne s'agit pas de la candidate) _____

SECTION III PROTOCOLE D'ENTENTE

PRIÈRE DE SIGNER ET D'INDIQUER LA DATE AU BAS DE CE FORMULAIRE

Si je renonce à passer l'examen de certification de l'AIIC avant la date limite de retrait telle qu'elle est définie sur le Formulaire général de demande, j'autorise l'Association des infirmières et infirmiers du Canada à porter les frais d'annulation appropriés au débit de ma carte bancaire, dont le numéro est indiqué sur ce formulaire, à n'importe quel moment à partir de la date de mon retrait de l'examen.

Signature de la candidate _____

Date _____