

FORMULAIRE À COMPLÉTER POUR TOUTE DEMANDE DÉPOSÉE À L'OIIAQ EN VERTUE DE L'ACCORD LIBRE-ÉCHANGE CANADIEN (ALEC)



Ordre des infirmières
et infirmiers auxiliaires
du Québec

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

INSTRUCTIONS IMPORTANTES

Ce formulaire doit être complété par la personne souhaitant exercer au Québec la profession infirmière auxiliaire, ainsi que par l'Ordre ou l'autorité compétente de l'autre province ou territoire canadien, dans le cadre d'une demande déposée à l'OIIAQ en vertu de l'Accord de libre-échange canadien (ALEC).

Le présent formulaire doit être transmis directement à l'OIIAQ par l'Ordre ou l'autorité de l'autre province ou territoire canadien, à l'adresse courriel equivalence@oiiq.org.

Un formulaire transmis par la personne concernée ne sera pas accepté.

PARTIE A – À remplir par la personne candidate concernée

1. IDENTIFICATION

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)		
<input type="text"/>				
Adresse complète				
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Téléphone	Courriel			

2. AUTORISATION ET CONSENTEMENT

J'autorise (nom de l'Ordre de l'autre province ou territoire canadien) à transmettre toute l'information demandée dans le présent formulaire ainsi que tout renseignement concernant mon inscription ou mon permis à l'**Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec**.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature	Date (AAAA/MM/JJ)		

CONSENTEMENT À LA COLLECTE, À L'UTILISATION ET LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je consens à ce que mes renseignements personnels, y compris les renseignements et documents transmis directement à l'OIIAQ par l'Ordre de l'autre province ou territoire canadien dont je suis membre, soient recueillis, utilisés et, au besoin, vérifiés par l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec sont nécessaires à l'exercice des fonctions de l'OIIAQ, notamment à des fins d'identification, de l'analyse de la compétence, de contrôle de l'exercice de la profession et de protection du public.

Les renseignements recueillis ne seront accessibles qu'aux employés de certains services de l'OIIAQ qui doivent absolument y avoir accès dans le cadre de leurs fonctions. Ils seront traités de façon confidentielle, conformément aux lois applicables au Québec et ne pourront être communiqués à des tiers sans votre consentement, sauf dans les cas prévus ou exigés par la loi.

Pour toute question ou demande relative à la gestion de vos renseignements personnels par l'OIIAQ, veuillez consulter sa [Politique de confidentialité](#) ou communiquer avec [le responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels](#).

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature	Date (AAAA/MM/JJ)		

IMPORTANT

Enregistrez d'abord le formulaire sur votre poste de travail, remplissez-le à l'écran et envoyez-le par courriel à : equivalence@oiiq.org

FORMULAIRE À COMPLÉTER POUR TOUTE DEMANDE DÉPOSÉE À L'OIIAQ EN VERTUE DE L'ACCORD LIBRE-ÉCHANGE CANADIEN (ALEC)



Ordre des infirmières
et infirmiers auxiliaires
du Québec

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

PARTIE B – À remplir par l'ordre ou l'autorité de l'autre province ou territoire canadien (Ne peut pas être complétée par un établissement d'enseignement)

1. IDENTIFICATION DE L'ORDRE OU DE L'AUTORITÉ DE L'AUTRE PROVINCE OU TERRITOIRE CANADIEN

Nom de l'Ordre / autorité

Province / Territoires

Adresse officielle

2. INSCRIPTION ET STATUT PROFESSIONNEL

Nom de la personne inscrite

Numéro de permis ou d'inscription

Date initiale d'inscription (AAAA/MM/JJ)

Date d'expiration (le cas échéant) (AAAA/MM/JJ)

Statut actuel au Tableau de l'Ordre / autorité :

- ☐ Permis et inscription en règle / membre actif
- ☐ Radiation de l'inscription au Tableau de l'Ordre
- ☐ Droit d'exercice suspendu
- ☐ Droit d'exercice limité
- ☐ Permis restrictif ou autorisation légale
- ☐ Permis révoqué
- ☐ Autre (préciser) :

La personne est-elle admissible au renouvellement de son inscription ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si non, veuillez préciser les motifs :

3. ATTESTATION OFFICIELLE

Nom de l'Ordre professionnel ou de l'autorité de l'autre province ou territoire canadien

Je soussigné(e),

Nom

Titre ou fonction

Confirme que les renseignements fournis dans le présent formulaire correspondent aux informations figurant dans les dossiers officiels de l'Ordre ou de l'autorité de l'autre province ou territoire canadien.

Signature

Date (AAAA/MM/JJ)

Courriel

IMPORTANT

Enregistrez d'abord le formulaire sur votre poste de travail, remplissez-le à l'écran et envoyez-le par courriel à : equivalence@oiiq.org