

**Vérification des heures d'emploi pour l'admission au programme de formation
des infirmières et des infirmiers praticiens en soins de santé primaires**
**Verification of Employment Hours for Admission to the
Certificate Program in Primary Health Care for nurse Practitioners**

Cette section doit être remplie par la candidate ou le candidat (veuillez écrire en lettres moulées)
This section is to be completed by applicant (please print)

Afin de satisfaire aux exigences d'admission, votre établissement doit fournir des renseignements concernant votre situation d'emploi.

In order to satisfy the admission requirements, your institution must provide information regarding your employment status.

Par la présente, j'autorise mon employeur précédent et/ou actuel à fournir à l'Université toute information qu'il possède ayant trait à la nature et à la durée de mon emploi.

I hereby give my previous and/or present employer consent to provide any and all information in its possession to the University regarding my type and length of employment.

Nom de famille / Surname

Prénoms / Given Name

No. étudiant / Student No.

Signature

Date

Cette section doit être remplie par l'employeur. Veuillez retourner le formulaire à la candidate ou candidat dans une enveloppe scellée.
This section must be completed by the employer. Please return the form to the applicant in a sealed envelope.

Périodes d'emploi

Duration of employment

De : _____

From : aa/mm/jj / yy/mm/dd

À : _____

To : aa/mm/jj / yy/mm/dd

Employeur / Employer

Courriel / E-mail

Adresse / Address

(_____) _____
Téléphone / Telephone

Ville / City

Province

Code postal / Postal Code

Type(s) d'emploi exercé(s) comme IA à votre service : _____

Area(s) of practice as RN within your facility :

Nombre d'heures travaillées au cours des cinq dernières années :
Total hours worked within the last five years

J'atteste que l'information fournie est véridique et complète. / I hereby certify that the information given is accurate and complete.

Nom (lettres moulées svp) / Name (please print)

Titre / Title

Signature

Date