

PRIMARY HEALTH CARE NURSE PRACTITIONER PROGRAM verification of employment hours

Section 1: TO BE COMPLETED BY THE APPLICANT. PLEASE PRINT.

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

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.

| | | |
|--------------------|---------------------|----------------------|
| _____ Surname | _____ Given name | _____ Student No. |
| _____ Signature | _____ Date | |

ATTENTION APPLICANT: DO NOT COMPLETE SECTION 2

Section 2: TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYER AND RETURNED TO THE CANDIDATE IN A SEALED ENVELOPE.

| | | | |
|---------------------------------|-------------------|--|----------------------|
| _____ Name of employee | | _____ Dates of employment (From: Day/Month/Year - To: Day/Month/Year) | |
| _____ Employment agency name | | _____ TOTAL HOURS WORKED within the last five years | |
| _____ City | _____ Province | _____ Country | _____ Postal code |
| _____ Telephone | | _____ Fax | |

Please check the following type of employment setting(s) where this employee has practised at your facility:

LONG-TERM CARE

Chronic Care ☐
Rehabilitation ☐
Home for the Aged ☐
Retirement Home ☐
Nursing Home ☐

ACUTE CARE

Medical/Surgical ☐
Mental Health ☐
Pediatric ☐
Maternal/Child ☐

COMMUNITY CARE

Public Health ☐
Visiting Nursing ☐
Independent Clinic ☐
Community Clinic ☐

Other (please specify)

I hereby certify that the information given is accurate and complete.

| | |
|------------------------------|----------------|
| _____ Name (please print) | _____ Title |
| _____ Signature | _____ Date |

PROGRAMME DE FORMATION DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS PRATICIENS EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

vérification des heures d'emploi

Section 1: CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LA CANDIDATE OU LE CANDIDAT (VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)

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

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.

Nom de famille _____ Prénom _____ Numéro d'étudiant _____

Signature _____ Date _____

ATTENTION APPLICANT: DO NOT COMPLETE SECTION 2

Section 2: CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYEUR.

VEUILLEZ RETOURNER LE FORMULAIRE À LA CANDIDATE OU CANDIDAT DANS UNE ENVELOPPE SCELLÉE.

Nom du candidat _____ Périodes d'emploi (De: Jour/Mois/ Année - À: Jour/Mois/ Année) _____

Nom de l'employeur _____ NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES au cours des cinq dernières années _____

Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____

Telephone _____ Fax _____

Please check the following type of employment setting(s) where this employee has practised at your facility:

SOINS DE LONGUE DURÉE

- maladies chroniques ☐
- réadaptation ☐
- foyer pour personnes âgées ☐
- maison de retraite ☐
- soins de longues durées ☐

SOINS DE COURTE DURÉE

- médical/ chirurgie ☐
- santé mentale ☐
- pédiatrie ☐
- maternité/enfants ☐

SOINS COMMUNAUTAIRES

- santé publique ☐
- visite à domicile ☐
- clinique indépendante ☐
- clinique communautaire ☐

autre, précisez s'il vous plaît _____

J'atteste que l'information fournie est véridique et complète.

Nom (lettres moulées) _____ Titre _____

Signature _____ Date _____