



## INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES IMMATRICULÉS (I.A.I.) DEMANDE D'IMMATRICULATION TEMPORAIRE

Vous devez consulter la page Web se rapportant à la demande d'immatriculation temporaire à titre d'I.A.I. pour monter votre dossier de demande. Vous y trouverez des instructions détaillées, des formulaires et des documents d'orientation.

Présentez une demande d'immatriculation temporaire si vous avez l'intention d'exercer au Yukon, mais que vous n'avez pas passé l'Examen d'autorisation d'infirmière auxiliaire au Canada (EAIAC).

Pour faciliter les choses, vous trouverez ci-dessous une liste de vérification sommaire des documents justificatifs demandés.

### Liste de vérification des documents justificatifs (Pour de plus amples renseignements, voir le site Web se rapportant à la demande.)

- Copies de deux pièces d'identité délivrées par une administration publique.
- Preuve que vous êtes autorisé à travailler au Canada (si vous êtes un diplômé étranger).
- Copie notariée de votre diplôme d'I.A.I.
- Confirmation d'inscription à l'EAIAC.
- Vérification du casier judiciaire et des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables (jointe ou transmise directement par la GRC à la Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires).
- Attestation d'immatriculation (obligatoire si vous êtes immatriculé dans une autre entité administrative (province, territoire, pays); cette dernière devra retourner ce formulaire directement à la Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires).
- Formulaire de paiement.



# INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES IMMATRICULÉS (I.A.I.) DEMANDE D'IMMATRICULATION TEMPORAIRE

Remplissez toutes les parties du formulaire de demande. Ne laissez aucune partie en blanc. Si une partie ne s'applique pas à votre situation, écrivez « Sans objet ».

Renseignements sur le demandeur					
Nom de famille légal		Prénom légal		Second prénom légal	
Autres noms utilisés			Date de naissance AAAA/MM/JJ		
Courriel			Téléphone		
Adresse postale		Ville	Prov. ou terr.	Code postal	Pays
Adresse du domicile (si différente de l'adresse postale)		Ville	Prov. ou terr.	Code postal	Pays
Renseignements sur les études					
Nom du programme agréé de formation des infirmières auxiliaires que vous avez suivi				Date de fin du programme AAAA/MM/JJ	
Nom de l'établissement d'enseignement où vous avez suivi le programme					
Ville, province ou territoire			Pays		
Date d'inscription à l'Examen d'autorisation d'infirmière auxiliaire au Canada (EAIAC) en vue de le passer : AAAA/MM/JJ					
<b>Indiquez par ordre chronologique vos études postsecondaires liées aux sciences infirmières, en précisant le nom des établissements d'enseignement, les périodes visées et les titres ou diplômes obtenus.</b>					
Nom de l'établissement	Ville, prov. ou terr., pays	Début des études	Fin des études	Titre ou diplôme obtenu	
Registration					
<b>Indiquez le lieu où vous êtes autorisé à exercer à titre d'I.A.I. (merci de vous procurer une attestation d'immatriculation pour chaque autorité délivrante mentionnée).</b>					
Province ou territoire			Pays		

<b>Emploi</b>				
<b>Fournissez les renseignements suivants concernant votre employeur actuel ou votre dernier employeur.</b>				
<b>Nom de l'employeur</b>	<b>Ville, prov. ou terr., pays</b>	<b>Début de l'emploi</b>	<b>Fin de l'emploi</b>	<b>Courriel</b>
<b>Limites à l'exercice</b>				
Nom de mon (mes) superviseur(s) :				
Nom de l'établissement de santé, de l'entreprise ou de la clinique où je travaillerai :				
<b>Autorisations à inclure dans la licence</b>				
<b>Dressez la liste des autorisations que vous demandez (annexer la demande d'autorisation dûment remplie et les documents justificatifs au dossier de demande).</b>				
<b>Déclarations</b>				
<b>Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, un complément d'information pourra vous être demandé.</b>				
Avez-vous déjà présenté une demande d'immatriculation à titre d'infirmière ou d'infirmier auxiliaire immatriculé (I.A.I.) au Yukon?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous êtes-vous déjà vu refuser l'immatriculation ou la licence d'infirmier ou d'infirmière (ou de toute autre profession liée à la santé) au Yukon, ailleurs au Canada ou à l'étranger, par une autorité chargée de l'immatriculation et de la délivrance des licences?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous un casier judiciaire?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà fait l'objet de procédures d'enquête pour inconduite professionnelle, incapacité ou incapacité à titre d'infirmier ou d'infirmière (ou en exerçant toute autre profession liée à la santé) au Yukon, ailleurs au Canada ou à l'étranger?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Faites-vous actuellement l'objet d'une enquête ou de procédures susceptibles d'entraîner le retrait de votre immatriculation à titre d'infirmier ou d'infirmière auxiliaire immatriculé(e) (I.A.I.), d'infirmier ou d'infirmière psychiatrique autorisé(e) (I.P.A.) ou d'infirmier ou d'infirmière autorisé(e) (I.A.) par une autorité chargée de l'immatriculation et de la délivrance des licences au Canada ou à l'étranger?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous ou avez-vous déjà été immatriculé pour exercer une profession liée à la santé autre que les soins infirmiers au Canada ou à l'étranger? Si oui, pour quelle profession et où? _____				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Déclaration sur l'honneur</b>				
Par la présente, je déclare être la personne qui présente la demande d'immatriculation à titre d'infirmier ou d'infirmière auxiliaire immatriculé(e) au Yukon, et que toutes mes affirmations sont véridiques et exactes à tous égards. Je comprends que la falsification des renseignements fournis dans la présente demande pourrait entraîner l'annulation de ma demande d'immatriculation ou la révocation d'une licence déjà délivrée.				
_____ Signature du demandeur			_____ Date	

Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et divulgués en conformité avec les paragraphes 29 a) et c) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et en vertu de la loi qui régit la profession faisant l'objet d'une demande de licence. Ils seront utilisés aux fins d'application de ces lois et de leurs règlements connexes, et en vue de déterminer l'admissibilité à l'inscription et de maintenir à jour un registre public. Ils serviront également à des fins de recherche et de statistiques en ce qui a trait aux ressources humaines dans le domaine de la santé. Dans ce dernier cas, l'identité des personnes ne sera pas divulguée. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la collecte de ces renseignements, veuillez contacter la Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires du ministère des Services aux collectivités, gouvernement du Yukon, par la poste : C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6, par téléphone : 867-667-5111 ou par courriel : lpn-rpn.plra@gov.yk.ca.