



# INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES PSYCHIATRIQUES AUTORISÉ(E)S (I.P.A.) DEMANDE DE CERTIFICAT D'INSCRIPTION À TITRE D'INVITÉ

Vous devez consulter la [page Web se rapportant à la demande de certificat d'inscription à titre d'invité](#) pour préparer votre dossier de demande. Vous y trouverez des instructions détaillées, des formulaires et des documents d'orientation.

Présentez une demande de certificat d'inscription à titre d'invité si vous avez l'intention d'exercer au Yukon à des fins d'enseignement ou de recherche. 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.
- Attestation d'inscription (l'autorité délivrante doit envoyer ce document directement à la Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires).
- Lettre de l'organisme utilisant vos services à des fins d'enseignement ou de recherche, indiquant l'objet et la durée de votre séjour au Yukon.
- Formulaire de paiement (droits de demande : 40 \$).





**INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES PSYCHIATRIQUES  
AUTORISÉ(E)S (I.P.A.)  
DEMANDE DE CERTIFICAT D'INSCRIPTION  
À TITRE D'INVITÉ**

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

Dates du séjour au Yukon :

AAAA/MM/JJ au AAAA/MM/JJ

Renseignements sur la personne présentant la demande				
Nom de famille légal	Prénom légal	Second prénom légal		
Autres noms utilisés		Date de naissance AAAA/MM/JJ		
Courriel		Téléphone		
Adresse postale	Ville/localité	Prov. ou terr.	Code postal	Pays
Adresse du domicile (si elle diffère de l'adresse postale)	Ville/localité	Prov. ou terr.	Code postal	Pays
Renseignements sur les études				
Nom du programme d'études en soins infirmiers 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 national d'admission à la profession – <i>Registered Psychiatric Nurse of Canada Examination</i> (RPNCE) : AAAA/MM/JJ				
Inscription				
<b>Indiquez le lieu où vous êtes autorisé à exercer à titre d'I.P.A. (merci de vous procurer une attestation d'inscription pour chaque autorité délivrante mentionnée).</b>				
Province ou territoire		Pays		

## Emploi

Fournissez les renseignements suivants concernant votre employeur actuel ou votre dernier employeur.

Nom de l'employeur	Ville, prov. ou terr., pays	Début de l'emploi	Fin de l'emploi	Courriel

## Déclarations

Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, un complément d'information pourra vous être demandé.

Avez-vous déjà présenté une demande de certificat à titre d'infirmier ou d'infirmière psychiatrique autorisé(e) (I.P.A.) au Yukon?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous êtes-vous déjà vu refuser l'inscription ou la licence d'infirmier ou d'infirmière (ou de toute autre profession de la santé) au Yukon, ailleurs au Canada ou à l'étranger, par une autorité chargée de l'inscription 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, incompetence ou incapacité à titre d'infirmier ou d'infirmière (ou en exerçant toute autre profession de 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 inscription à titre d'infirmier ou d'infirmière psychiatrique autorisé(e) (I.P.A.), d'infirmier ou d'infirmière auxiliaire immatriculé(e) (I.A.I.) ou d'infirmier ou d'infirmière autorisé(e) (I.A.) par une autorité chargée de l'inscription 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 inscrit pour exercer une profession de 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

## Déclaration sur l'honneur

Par la présente, je déclare être la personne présentant la demande d'inscription à titre d'infirmier ou d'infirmière psychiatrique autorisé(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'inscription ou la révocation d'un certificat déjà délivré.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne présentant la demande

\_\_\_\_\_  
Date