



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

Vous devez consulter la [page Web se rapportant à la demande de certificat d'inscription à titre de membre inactif](#) pour monter 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 de membre inactif si vous souhaitez conserver le titre d'I.P.A. au Yukon, sans toutefois exercer la profession activement. 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.](#))

- Vérification du casier judiciaire et des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables tous les cinq ans (jointe ou transmise directement par la GRC à la Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires).
- Attestation d'inscription (obligatoire si vous êtes immatriculé dans une autre administration (province, territoire, pays); cette dernière doit envoyer ce document directement à la Direction).
- Formulaire de paiement (droits de demande : 40 \$; droits d'inscription : 40 \$).





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

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 ».

Début au Yukon :

AAAA/MM/JJ

| Renseignements sur la personne présentant la demande   |                             |                            |                                 |      |
|--|-----------------------------|----------------------------|---------------------------------|------|
| Nom de famille légal   | Prénom légal                | Second prénom légal        |                                 |      |
| Autres noms utilisés   |                             | Numéro de licence du Yukon | Date de naissance<br>AAAA/MM/JJ |      |
| Courriel   |                             | Téléphone                  |                                 |      |
| Adresse postale  | Ville/localité              | Prov. ou terr.             | Code postal                     | Pays |
| Adresse du domicile <i>(si elle diffère de l'adresse postale)</i>  | Ville/localité              | Prov. ou terr.             | Code postal                     | Pays |
| Inscription  |                             |                            |                                 |      |
| 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). |                             |                            |                                 |      |
| Province ou territoire   |                             | Pays                       |                                 |      |
|  |                             |                            |                                 |      |
|  |                             |                            |                                 |      |
|  |                             |                            |                                 |      |
|  |                             |                            |                                 |      |
|  |                             |                            |                                 |      |
| Emploi   |                             |                            |                                 |      |
| Fournissez les renseignements suivants concernant votre employeur actuel.  |                             |                            |                                 |      |
| Nom de l'employeur   | Ville, prov. ou terr., pays | Début de l'emploi          | Courriel                        |      |
|  |                             |                            |                                 |      |
|  |                             |                            |                                 |      |

## Déclarations

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

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?

Oui  
 Non

Avez-vous un casier judiciaire?

Oui  
 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?

Oui  
 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?

Oui  
 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?

Oui  
 Non

Si oui, pour quelle profession et où? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 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

\_\_\_\_\_  
AAAA/MM/JJ

\_\_\_\_\_  
Date