



INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES PSYCHIATRIQUES AUTORISÉ(E)S (I.P.A.) DEMANDE DE CERTIFICAT D'INSCRIPTION TEMPORAIRE

Vous devez consulter la [page Web se rapportant à la demande de certificat d'inscription temporaire à titre d'I.P.A.](#) 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 temporaire si vous avez l'intention d'exercer au Yukon, mais que vous n'avez pas passé l'examen national d'admission à la profession – *Registered Psychiatric Nurse of Canada Examination* (RPNCE).

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

Liste de vérification des documents (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.
- Relevés de notes de votre établissement d'enseignement confirmant que vous êtes titulaire d'un diplôme d'un programme d'études en soins infirmiers psychiatriques (l'établissement d'enseignement doit les transmettre directement à la Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires).
- Confirmation d'inscription à l'examen national d'admission à la profession (RPNCE).
- 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).
- Attestation d'inscription (obligatoire si vous êtes inscrit 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 : 200 \$).



INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES PSYCHIATRIQUES AUTORISÉ(E)S (I.P.A.) DEMANDE DE CERTIFICAT D'INSCRIPTION 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, 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		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 (RPNCE)</i> : AAAA/MM/JJ				
Indiquez par ordre chronologique vos études postsecondaires liées aux soins infirmiers, en précisant le nom des établissements d'enseignement, les périodes visées et les titres ou diplômes obtenus.				
Nom de l'établissement	Ville, prov. ou terr., pays	Début des études	Fin des études	Titre ou diplôme obtenu
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 ou votre dernier employeur.

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

Limites à l'exercice

Nom de mon(mes) superviseur(s) :

Nom de l'établissement de santé, de l'entreprise ou de la clinique où je travaillerai :

Autorisations à inclure dans le certificat d'inscription

Dressez la liste des autorisations que vous demandez (annexez la demande d'autorisation dûment remplie et les documents justificatifs au dossier de demande).

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, incompétence 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

AAAA/MM/JJ

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 en savoir plus 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; par courriel : lpn-rpn.plra@gov.yk.ca.