

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE

PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SCOLARITÉ DES INFIRMIÈRES

Confirmation d'emploi

Le présent document confirme qu'au _____ (date), une offre d'emploi visant les parties suivantes a été faite et acceptée :

- _____ (nom de l'infirmier ou de l'infirmière)
- _____ (établissement)
- à _____ (ville)

Le présent document confirme également ce qui suit :

1. _____ (nom de l'infirmier ou de l'infirmière) fournira des services de soins infirmier dans l'établissement et la collectivité indiqués ci-dessus.
2. _____ (nom de l'infirmier ou de l'infirmière) commencera à fournir des services le _____ (jour-mois-année) dans le cadre d'un emploi _____ (à temps plein ou à temps partiel régulier).
Cet emploi se poursuivra jusqu'au _____ (jour-mois-année).
3. À chaque date anniversaire du début des services en retour fournis par _____ (nom de l'infirmier ou de l'infirmière), le chef de direction des soins infirmiers (ou, le cas échéant, un autre représentant autorisé) de l'établissement où cette personne offre des services en retour transmettra au ministère une confirmation écrite indiquant que _____ (nom de l'infirmier ou de l'infirmière) a fourni des soins infirmiers (à temps plein ou à temps partiel) et précisant le nombre d'heures pendant lesquelles cette personne a exercé la profession d'infirmier(ière) dans l'établissement au cours de l'année précédente. La confirmation doit être envoyée au ministère à l'adresse suivante :

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Programme de remboursement des frais de scolarité des infirmières
Équipe de renouvellement des soins primaires
Programme des services aux régions insuffisamment desservie
159, rue Cedar, bureau 402

Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Tél : 705 564-7280 ou 1 866 727-9959
Télec. : 705 564-7493

4. La présente confirmation d'emploi ne peut être modifiée que d'un commun accord.
Les modifications doivent être mises par écrit et signées par les parties.

Signature de l'infirmier ou de l'infirmière
Qui fournit des services en retour

Nom en caractères d'imprimerie

Date

Signature du chef de direction des soins
Infirmiers ou d'un représentant autorisé
De l'établissement qui offre l'emploi

Nom en caractères d'imprimerie

Date

REMARQUE

Chaque infirmière ou infirmier qui fournit des services en retour doit présenter au ministre un exemplaire dument signé de la présente confirmation d'emploi conformément aux conditions énoncées dans le document *Conditional Application Approval*.

Les renseignements personnels contenus dans le présent document sont recueillis afin d'assurer le bon exercice d'une activité autorisée visée à l'article 6 de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, L.R.O. 1990, chapitre M.26, ainsi que l'établissement, l'évaluation, la vérification et la surveillance de l'entente de services en retour.

(3 avril 2006)