

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom, Prénom	
Matricule	
Adresse à domicile	
Code postal	
Téléphone	
Titre d'emploi et numéro de permis (inf. aux. et inf.)	
Direction et nom du supérieur immédiat	
Site principal de travail	
Adresse courriel	

INFORMATIONS SUR L'ACTIVITÉ DE PERFECTIONNEMENT

Titre de l'activité	
Date(s)	
Coûts d'inscription	

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

	OUI	NON
• Vous êtes ASSS/ADS, PAB, infirmière auxiliaire, externe en soins infirmiers, CEPI, infirmière, infirmière clinicienne, infirmière gestionnaire ou IPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Votre supérieur immédiat est informé de cette demande de bourse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La demande est individuelle et soumise par la personne qui participera à l'activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'activité de perfectionnement est proposée par un organisme reconnu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La demande de bourse soumise favorisera le développement des compétences cliniques ou d'expertises en lien avec l'amélioration de la pratique professionnelle et en lien avec les fonctions couvertes par votre diplôme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'activité de perfectionnement sera complétée entre janvier 2021 et janvier 2022	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature du demandeur		Date : Date
<input type="checkbox"/> Je confirme que cette activité de perfectionnement est en lien avec les fonctions couvertes par le diplôme du demandeur		
Signature du supérieur immédiat		Date : Date

SECTION RÉSERVÉE AU COMITÉ DE SÉLECTION

<input type="checkbox"/> Demande acceptée et montant attribué : \$ <input type="checkbox"/> Demande refusée
