

**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 ou de la supérieur(e) immédiat(e) :

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 ou infirmier auxiliaire, externe en soins infirmiers, CEPI, infirmière ou infirmier, infirmière clinicienne ou infirmier cliniciens, infirmière ou infirmier gestionnaire ou IPS                         | <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 <b>compétences cliniques</b> ou d'expertises en lien avec <b>l'amélioration de la pratique professionnelle</b> et en lien avec les <b>fonctions couvertes par votre diplôme</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • L'activité de perfectionnement a été complétée entre janvier 2022 et aujourd'hui   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Signature de la demandeuse ou du demandeur**

**Date :** Date

Je confirme que cette activité de perfectionnement est en lien avec les fonctions couvertes par le diplôme de la demandeuse ou du demandeur

**SECTION RÉSERVÉE AU COMITÉ DE SÉLECTION**

L'activité de perfectionnement est en lien avec les fonctions couvertes par le diplôme de la demandeuse ou du demandeur

Demande acceptée et montant attribué :            \$

L'activité de perfectionnement n'est pas en lien avec les fonctions couvertes par le diplôme de la demandeuse ou du demandeur

Demande refusée