

Avis d'intérêt – Programme Passerelle infirmière auxiliaire

Acheminer ce formulaire par courriel à l'adresse suivante :

07_CISSO_formation_RH@ssss.gouv.qc.ca

SECTION RÉSERVÉE À L'EMPLOYÉ					
Nom de famille :		Prénom		N° Matricule :	
Titre d'emploi :		Infirmière auxiliaire			
Nom de votre Direction :		<input type="checkbox"/> DERUR <input type="checkbox"/> DSMC <input type="checkbox"/> DSPPC <input type="checkbox"/> DJ <input type="checkbox"/> DPJ <input type="checkbox"/> DSMD <input type="checkbox"/> DSI <input type="checkbox"/> DSAPA <input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DDR <input type="checkbox"/> DQEPE <input type="checkbox"/> DRF <input type="checkbox"/> DRHCAJ <input type="checkbox"/> DSPU <input type="checkbox"/> DSTL <input type="checkbox"/> DTBI			
Adresse courriel : (Visible, en lettres moulées)				N° membre Ordre professionnel	
Numéros de téléphone pour vous joindre :		# () _____ poste: _____		# _____	
		Travail		Domicile	
Catégorie :		APTS <input type="checkbox"/> CSN <input type="checkbox"/> FIQ <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> APES <input type="checkbox"/>			
Conditions d'admission					
Diplôme d'études secondaire ou équivalence <input type="checkbox"/>			DEP en santé, assistance et soins infirmier <input type="checkbox"/>		
Sciences STE ou SE de 4 ^{ième} sec ou Sciences physiques 436 <input type="checkbox"/>			Chimie 5 ^{ième} secondaire <input type="checkbox"/>		
Tous les cours de formation générale et complémentaire menant au DEC <input type="checkbox"/>			Plus de 3 cours de formation générale menant au DEC <input type="checkbox"/>		
Signature de l'employé					
Commentaires					