

Formulaire d'attestation officielle des heures travaillées

**Demande d'admission aux programmes de pratique infirmière spécialisée :
en néonatalogie, santé mentale, soins aux adultes, soins de première ligne
ou soins pédiatriques.**

Le modèle d'attestation ci-dessous est celui qui doit être utilisé par le service des ressources humaines de votre employeur. Cette attestation doit démontrer que vous avez acquis, au 1^{er} février de l'année courante, une expérience minimale d'heures selon le programme choisi. **Ce formulaire doit être rempli par chaque employeur.**

Le curriculum vitae peut être utilisé pour nous fournir une information complémentaire à votre expérience de travail.

Conditions d'admission

Diplôme d'études supérieures spécialisées en sciences infirmières – **infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie (2264)**

- Minimum de **3 360 heures** au cours des **5 dernières années** à titre d'infirmier · ère en néonatalogie niveau III.

Diplôme d'études supérieures spécialisées en sciences infirmières – **infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (2261)**

- Minimum de **3 360 heures** de pratique clinique en soins infirmiers au cours des **5 dernières années** à titre d'infirmier · ère auprès de la clientèle en santé mentale.

Diplôme d'études supérieures spécialisées en sciences infirmières – **infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes (2267)**

- Minimum de **3 360 heures** de pratique clinique en soins infirmiers au cours des **5 dernières années** à titre d'infirmier · ère auprès de la clientèle adulte (soins aux adultes).

Diplôme d'études supérieures spécialisées en sciences infirmières – **infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (2299)**

- Minimum de **3 360 heures** au cours des **5 dernières années** à titre d'infirmier · ère auprès de la clientèle en première ligne.

Diplôme d'études supérieures spécialisées en sciences infirmières – **infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques (2263)**

- Minimum de **3 360 heures** au cours des **5 dernières années** à titre d'infirmier · ère auprès de la clientèle pédiatrique (milieu hospitalier).

IMPORTANT

Les heures d'externe, de CEPI et de PAB (préposé · e aux bénéficiaires) n'étant PAS acceptées, celles-ci NE doivent PAS être inscrites dans l'attestation.

IMPORTANT

Une fois le formulaire rempli par votre employeur, vous devrez le téléverser dans votre portail étudiant. Chaque formulaire doit y être téléversé individuellement.

Exemple :

Titre du poste/ fonction exercée	Période d'emploi (JJ - MM - AAAA)	Nombre d'heures travaillées	Secteur d'activité ou domaine de soins	Clientèle visée
• Infirmier · ère • Infirmier · ère clinicien · ne • AIC (Assistant · e infirmier · ère chef · fe) * • ASI (Assistant · e à la personne supérieure immédiate) *	Du 01-01-2023 au 31-12-2026	X nombre d'heures	• Urgence ○ Aire ambulatoire ○ Réanimation ○ Triage • Médecine interne • Unité de soins pédiatriques • Unité de courte durée gériatrique • Chirurgie • Pratique élargie, précisez : ○ Dispensaire ○ Centre de santé • Clinique externe • Etc.	• Enfants • Adolescents · es • Adultes • Personnes âgées • Tous âges
• Infirmier · ère • Infirmier · ère clinicien · ne • AIC (Assistant · e infirmier · ère chef · fe) * • ASI (Assistant · e à la personne supérieure immédiate) *	Du 01-01-2020 au 31-12-2022	X nombre d'heures	• CLSC, précisez : ○ Soins à domicile ○ Soins courants • CHSLD • GMF • CH • CHU • Etc.	• Enfants • Adolescents · es • Adultes • Personnes âgées • Tous âges

* Les tâches doivent être bien définies.

Attestation officielle des heures travaillées

Confidentiel

Nom et prénom de la personne candidate				
Titre du poste/ fonction exercée	Période d'emploi (JJ-MM-AAAA)	Nombre d'heures travaillées	Secteur d'activité ou domaine de soins	Clientèle visée
TOTAL DES HEURES		0		
Employeur		Nom et prénom de la personne responsable RH		
Numéro de téléphone et poste		Adresse courriel		
Signature			Date	