

Formulaire d'attestation officielle des heures travaillées

Demande d'admission au programme de maîtrise en sciences infirmières, concentration en santé mentale et en soins psychiatriques – 3258.

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 moment du dépôt de votre demande d'admission, une expérience minimale d'heures en santé mentale et en soins psychiatriques. **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.

Condition d'admission

Avoir cumulé 840 heures de pratique clinique auprès de personnes nécessitant des soins infirmiers en santé mentale et en psychiatrie.

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 :

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 01-01-2021 au 01-03-2026	X nombre d'heures	• Hôpital psychiatrique spécialisé • Unité psychiatrique en hôpital psychiatrique • Urgence psychiatrique • Clinique externe de psychiatrie • Centre de crise • 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

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	