Ontario

Ministère de la Santé

Programme de remboursement des frais de scolarité des infirmières – Consentement à la collecte et à la divulgation de renseignements personnels

Directives

Veuillez renvoyer les copies signées à :
Direction des soins primaires,
Programmes de santé dans le Nord
NHP@ontario.ca

Les fonds versés par l'intermédiaire du Programme de remboursement des frais de scolarité des infirmières sont assujettis à l'impôt fédéral et provincial sur le revenu des particuliers.

Les renseignements personnels indiqués dans le présent document sont recueillis parce qu'ils sont nécessaires à la bonne administration d'une activité autorisée par la loi conformément à l'article 8 de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, L.R.O. 1990, chap. M.26, plus particulièrement afin d'établir l'admissibilité au Programme de remboursement des frais de scolarité des infirmières. Pour en savoir plus sur cette collecte, veuillez communiquer avec Programmes de santé dans le Nord sans frais au 1-866-727–9959, ou par courriel à l'adresse NHP@ontario.ca.

Consentement à la collecte et à la divulgation de renseignements personnels

A. Je, soussigné(e), _____

accepte l'offre du ministère de la Santé (le « ministère ») de me rembourser mes frais de scolarité en échange de mon engagement à fournir des services dans une collectivité insuffisamment desservie et un établissement admissible, conformément au Programme de remboursement des frais de scolarité des infirmières du ministère (le « programme »), et je conviens de remplir toutes les conditions de ce programme.

B. J'autorise le ministère à recueillir auprès des organismes ou personnes ci-dessous et à leur divulguer tous les renseignements personnels utiles pour ma participation au programme ainsi que pour l'exécution de mon engagement à fournir des services en retour dans une collectivité insuffisamment desservie et un établissement admissible :

(i) les universités, collèges et établissements canadiens suivants où j'ai obtenu un diplôme dans le cadre d'un programme reconnu en soins infirmiers :

1. _____
2. _____
3. _____

(ii) l'hôpital, l'établissement, la clinique, le cabinet ou l'organisme ci-dessous (l'« établissement ») qui se trouve dans une collectivité insuffisamment desservie approuvée par le ministère (conformément à ma Confirmation d'emploi) où je compte fournir des services en retour dans le cadre du programme :

Nom de l'établissement

_____

Nom de la collectivité

_____

Le cas échéant, l'autre établissement et/ou collectivité insuffisamment desservie où je souhaite fournir des services en retour :

Nom de l'établissement

_____

Nom de la collectivité

_____

C. J'accepte également de participer pleinement à une ou plusieurs évaluation ou autres études similaires du Programme sous la direction du Ministère.

Signature de l'infirmière ou de l'infirmier qui fournit des services en retour

Signature	Nom (prénom et nom de famille)	Date (aaaa/mm/jj)

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2025

Enregistrer le formulaire

Available In English

Imprimer le formulaire