Ontario

Ministère de la Santé

Programme de remboursement des frais de scolarité des infirmières – Confirmation d'emploi

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.

Confirmation d'emploi

Le présent document confirme qu'une offre d'emploi visant les parties suivantes a été faite et acceptée : _____,
Date (aaaa/mm/jj)

Entre

_____;
(nom de l'infirmière ou de l'infirmier)

et

_____;
(établissement)

à

_____.
(ville)

Le présent document confirme également ce qui suit :

1. _____ fournira des services de
(nom de l'infirmière ou de l'infirmier)
soins infirmiers directs dans l'établissement et la collectivité indiqués ci-dessus.

2. _____ commencera à fournir les
(nom de l'infirmière ou de l'infirmier)
services le _____ dans le cadre d'un emploi _____ Cet emploi se
Date (aaaa/mm/jj) à temps plein ou à temps partiel régulier
poursuivra jusqu'au _____. (S'il s'agit d'un employé permanent, veuillez indiquer « sans objet »)
Date (aaaa/mm/jj)

3. À chaque date anniversaire du début des services en retour fournis par _____
le chef de direction des soins infirmiers (ou, le cas échéant, un autre représentant autorisé) de l'établissement où cette personne offre des services en retour transmettra au ministère une confirmation écrite, comme indiqué ci-dessous, indiquant que _____ a fourni des soins infirmiers
(nom de l'infirmier ou de l'infirmière)
_____, et précisant le nombre d'heures pendant lesquelles cette personne a exercé la
(à temps plein ou à temps partiel)
profession d'infirmière ou d'infirmier dans l'établissement au cours de l'année précédente.

 © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2025

4. La présente confirmation d’emploi ne peut être modifiée que d’un commun accord. Les modifications doivent être mises par écrit et signées par les parties.

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)

Signature du chef de direction des soins infirmiers ou d’un représentant autorisé de l’établissement qui offre l’emploi

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

Adresse postale de l’employeur

Adresse (unité, numéro civique, nom de rue, route rurale, case postale)

Ville	Province	Code postal

Courriel

Remarque

Chaque infirmière ou infirmier qui fournit des services en retour doit présenter au ministre un exemplaire dûment signé de la présente confirmation d’emploi conformément aux conditions énoncées dans le document Approbation conditionnelle de la demande.

Enregistrer le formulaire Imprimer le formulaire