



Operating Room Nurses  
Association of Canada

Association des infirmières et infirmiers  
de salles d'opération du Canada

## 502a - FORMULAIRE DE NOMINATION: Officier

(A être complété par le proposeur et le second proposeur)

**VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DE NOMINATION COMPLÉTÉ PAR COURRIEL.**

**Courriel:** nominations@ornac.ca

**DATE LIMITE POUR LA SOUMISSION DES NOMINATIONS: 15 octobre 2022 à minuit**

Les soumissions en retard ne seront pas considérées

Poste *Choose an item.*

NOM: \_\_\_\_\_ Numéro de Membre de l'AIISOC : \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

VILLE: \_\_\_\_\_ PROVINCE : *Choose an item.* CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE: (maison) : \_\_\_\_\_ (Travail) : \_\_\_\_\_ (Cellulaire) : \_\_\_\_\_

COURRIEL: (maison): \_\_\_\_\_

COURRIEL : (travail) : \_\_\_\_\_

EMPLOYEUR: \_\_\_\_\_

POSTE: \_\_\_\_\_

NOMINÉ PAR: \_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

SECONDE PAR: \_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

**NOTE:** Pour le poste d'officier: La personne proposée, le proposeur et le second proposeur doivent faire partie de l'exécutif/comité administratif de l'AIISOC



Operating Room Nurses  
Association of Canada

Association des infirmières et infirmiers  
de salles d'opération du Canada

## 502b – INFORMATION SUR LA NOMINATION: Officier (À être complété par la personne en nomination)

**VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DE NOMINATION COMPLÉTÉ PAR COURRIEL.**

**Courriel:** nominations@ornac.ca

**DATE LIMITE POUR LA SOUMISSION DES NOMINATIONS:** 15 octobre 2022 à minuit  
Les soumissions en retard ne seront pas considérées

TITRE DU POSTE: Choose an item.

NOM: \_\_\_\_\_

CERTIFICATION EN SOINS INFIRMIERS PÉRIOPÉRATOIRES :  OUI  NON

NOMBRE D'ANNÉES À L'EMPLOI EN SOINS INFIRMIERS PÉRIOPÉRATOIRES : \_\_\_\_\_

### OBJECTIFS POUR L'AIISOC:

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DÉCLARATION D'ÉLECTION:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DOCUMENTS POUR LA SOUMISSION:

- 1) VEUILLEZ SOUMETTRE UNE COPIE DE VOTRE CV ACTUEL
- 2) VEUILLEZ SOUMETTRE DEUX LETTRE DE RECOMMANDATION



Operating Room Nurses  
Association of Canada

Association des infirmières et infirmiers  
de salles d'opération du Canada

## 502f – VOLONTÉ DE SIÉGER AU CONSEIL DE L'AIISOC

Je, \_\_\_\_\_ (lettres moulées), par les présentes, déclare que j'ai la volonté de siéger au Conseil de l'AIISOC au poste de **Choose an item.** pour le mandat requis par les règlements administratifs.

**SIGNATURE:** \_\_\_\_\_ **DATE:** [Click or tap to enter a date.](#)

### A L'USAGE DU COMITÉ DES NOMINATIONS SEULEMENT

Reçu par le comité de la chaire des nominations \_\_\_\_\_  
Lettres moulées

Nom : \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ **Date:** [Click or tap to enter a date.](#)

Éligibilité pour la nomination vérifiée et complète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La copie du CV de la personne en nomination a été reçue	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Deux lettres de référence sur la personne en nomination ont été reçues	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La nomination a été reçue au plus tard à la date limite annoncée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Tous les détails requis par le proposeur sont exacts	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Tous les détails requis pour le second proposeur sont exacts	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Accusé de réception de l'information du proposeur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Accusé de réception de l'information par la personne mise en nomination	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Nomination, CV, et Volonté de siéger sont envoyés à l'Exécutif et Conseil d'administration le : [Click or tap to enter a date.](#)

Remarques:

---

---