



Operating Room Nurses
Association of Canada

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

502d – FORMULAIRE DE NOMINATION: Directeur provincial

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

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DE NOMINATION COMPLÉTÉ PAR COURRIEL À VOTRE DIRECTEUR PROVINCIAL

DATE LIMITE POUR LA SOUMISSION DES NOMINATIONS À VOTRE DIRECTEUR PROVINCIAL :

10 janvier 2022 à minuit

Les soumissions en retard ne seront pas considérées

Position:

- Nova Scotia Prince Edward Island Newfoundland & Labrador New Brunswick Quebec
 Ontario Manitoba Saskatchewan Alberta British Columbia

NOM: _____

ADRESSE: _____

VILLE: _____ PROVINCE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE: (maison) : _____ (Travail) : _____ (Télécopieur): _____

COURRIEL: (maison): _____

COURRIEL : (travail) : _____

EMPLOYEUR: _____

POSTE: _____ ANNÉE DANS LE POSTE ACTUEL : _____

NOMINÉ PAR: _____

Signature

Nom en lettres moulées

SECONDE PAR: _____

Signature

Nom en lettres moulées



Operating Room Nurses
Association of Canada

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

502e – INFORMATION SUR LA NOMINATION

(À être complété par la personne en nomination)

TITRE DU POSTE: _____

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 directeur _____
(province) pour le mandat requis par les règlements administratifs.

SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

A L'USAGE DU COMITÉ DES NOMINATIONS SEULEMENT

Reçu par le comité de la chaire des nominations _____
Lettres moulées

Signature: _____ 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 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:
_____ (date)

Remarques:
