



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 2023 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



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- DIRECTEUR : *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 directeur
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

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 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:
