

ATTESTATION DES HEURES TRAVAILLÉES

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE CANDIDATE

| | |
|----------|--|
| Nom : | |
| Prénom : | |

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RESPONSABLE RH

| | |
|-----------------------|--|
| Nom : | |
| Prénom : | |
| Établissement : | |
| Numéro de téléphone : | |
| Adresse courriel : | |

Nous vous prions de bien vouloir compléter la grille ci-dessous.

Précisions :

- Les heures travaillées à titre de stagiaire, d'externe ou de CEPI ne doivent pas être considérées;
- Le nombre d'heures d'expérience clinique à titre d'infirmier ou d'infirmière doit avoir été complété au cours des cinq dernières années;
- Le nombre d'heures d'expérience clinique doit être précisé par secteur de soins.

| Secteur de soins | Titre d'emploi | Date de début | Date de fin | Nb d'heures d'exp. clinique | Remarque (particularités à indiquer, au besoin) |
|--|----------------|---------------|-------------|-----------------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Total du nombre d'heures d'expérience clinique : | | | | | |

Date : _____

Signature : _____