Santé et Services sociaux Québec

CONTRAT D'ENGAGEMENT ENVERS UN ÉTABLISSEMENT
Programme ministériel de bourses d'études Infirmières praticiennes spécialisées

Stagiaire, candidate ou IPS avec promesse d'embauche

Les parties au présent contrat conviennent de ce qui suit :

1. L'établissement (nom) _____ accepte d'embaucher (nom) _____ (prénom) _____, actuellement infirmière praticienne spécialisée (IPS) ou bientôt stagiaire IPS ou candidate IPS, au poste d'infirmière praticienne spécialisée en _____ et dûment reconnue par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec à ce titre.

   Madame ou monsieur (nom) _____ (prénom) _____ a suivi son programme de formation d'infirmière praticienne spécialisée à l'université (maison d'enseignement) _____de (date du début des études) JJ / MM / ANNÉE à (date de fin des études) JJ / MM / ANNÉE.

2. L'établissement s'engage à embaucher (madame ou monsieur) _____ au poste d'infirmière praticienne spécialisée en _____ selon les conditions d'emploi locales, et ce, pour une durée minimale totalisant 4 725 heures travaillées comme candidate IPS ou IPS certifiée. La date d'entrée en fonction est le JJ / MM / ANNÉE.
   Note : Les étudiants(es) débutant un programme d'études IPS à partir de la session d'automne 2023 s'engagent quant à eux à travailler 6 000 heures dans les mêmes conditions.
   Le ministère de la Santé et des Services sociaux s'engage à verser sous reddition de comptes et audit de l'établissement le montant lié au salaire de l'infirmière praticienne spécialisée tant et aussi longtemps que cette IPS est à l'emploi de l'établissement, et ce, en fonction des cibles de planification de la main-d'œuvre formulées par le MSSS.

3. L'établissement et l'IPS s'engagent à informer le MSSS de tout changement relatif au présent contrat, notamment lors d'un changement d'établissement ou d'une résiliation du contrat.

Signé à (ville) :
Le (date) : JJ / MM / ANNÉE
Signature du directeur ou de la directrice des soins infirmiers ou de son représentant :
Nom en lettres moulées :
Titre d'emploi :
Adresse de l'établissement :

Signé à (ville) :
Le (date) : JJ / MM / ANNÉE
Signature de l'IPS :
Nom en lettres moulées :

Le formulaire doit être rempli électroniquement, signé et transmis par courrier électronique à : Bourses_IPS@msss.gouv.qc.ca	**Programme de bourses IPS** **Direction nationale des soins et services infirmiers** Ministère de la Santé et des Services sociaux Bourses_IPS@msss.gouv.qc.ca