

Stagiaire ou candidate avec promesse d'embauche
Formulaire 4

Identification	
Nom :	Prénom :
Adresse :	Numéro d'assurance sociale :
Ville :	Province :
Code postal :	Téléphone 1 :
Courriel :	Téléphone 2 :

Déclaration d'engagement à fournir des services

Je, soussigné(e), _____ déclare faire une demande pour l'obtention du résidu de ma bourse d'études offerte par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour la formation d'infirmière praticienne spécialisée en _____. Je déclare que je compléterai mon programme de formation d'IPS commencé en (année) _____ à l'Université (maison d'enseignement) _____ et que je terminerai ce programme le _____.

En recevant la bourse demandée, je m'engage à fournir, au terme de ma formation, trois années de service (équivalent temps plein, temps travaillé auprès de la clientèle) dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Cet engagement n'est applicable que pour l'établissement de santé auprès duquel ma candidature aura été acceptée et ne peut faire en sorte de m'obliger à exercer mon rôle de praticienne dans un établissement auprès duquel je n'aurai point soumis ma candidature.

Si je manque à mon engagement, je m'engage à rembourser au ministère de la Santé et des Services sociaux, selon les modalités prévues au *Cadre de soutien financier pour le programme d'infirmière praticienne spécialisée*, le montant total de la bourse ou la partie de ce montant calculée proportionnellement au temps où je n'aurai pas fourni les services pour lesquels je me suis engagé(e) ou d'un manquement à mon engagement.

Autorisation pour l'échange de renseignements

J'autorise le ministère de la Santé et des Services sociaux, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux concernés, l'université et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec à s'échanger mutuellement les renseignements qui me concernent et dont la communication est nécessaire à l'évaluation, à l'application et au respect de cet engagement.

Changement d'adresse

Je m'engage à aviser le ministère de la Santé et des Services sociaux dans les 30 jours de tout changement d'adresse de ma résidence, et ce, depuis la signature des présentes jusqu'à la fin de mon engagement.

Signé à (ville) _____, le (date) _____

Signature de la candidate : _____

Signé à (ville) _____, le (date) _____

Signature du Président-directeur général de l'établissement (employeur) autorisé : _____

Nom en lettres moulées : _____

Signé à (ville) _____, le (date) _____

Signature du représentant (MSSS) autorisé : _____

Le formulaire doit être rempli électroniquement, signé et transmis par courrier électronique à :

Programme de bourses IPS
Direction nationale des soins et services infirmiers
 Ministère de la Santé et des Services
Bourses_IPS@msss.gouv.qc.ca