

Étudiant(e) infirmier(-ière) praticien(ne) spécialisé(e)

Identification

Nom :	Prénom :
Adresse :	Numéro OIIQ :
Ville :	Province :
Code postal :	Adresse courriel personnelle (non universitaire ni institutionnelle) :
Téléphone :	

Déclaration d'engagement à la réussite de la formation d'IPS et à fournir des services

Je soussigné(e), _____, déclare faire une demande de bourse d'études offerte par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour la formation d'infirmière praticienne spécialisée en _____ (spécialité), pour l'année commençant le JJ / MM / ANNÉE, ce qui constitue le début de mon programme d'études à l'Université (maison d'enseignement) _____.

En recevant la bourse, je m'engage à réussir mon programme universitaire dans un délai maximal de 5 ans et à fournir, au terme de ma formation, une prestation de travail de **6 000 heures** travaillées auprès des usagers dans un établissement ciblé du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. Dans l'éventualité où j'abandonne, que je suis exclu(e) du programme d'études ou que je manque à mon engagement de prestation de travail, je m'engage à rembourser au ministère de la Santé et des Services sociaux la bourse d'études reçue, selon les modalités prévues au programme de bourses d'études IPS (2023). Ce remboursement sera fait conformément aux directives du présent programme, et ce, à partir de la date de l'abandon ou du manquement à mon engagement.

Je consens à ces engagements selon les conditions prévues au programme de bourse d'études IPS en vigueur à la date de la signature du présent formulaire.

Autorisation pour l'échange de renseignements

J'autorise l'équipe de coordination des bourses IPS (DNSSI) à échanger des renseignements personnels contenus à mon dossier aux fins de l'application du programme de bourses d'études IPS (2023) et de l'évaluation de ma participation et du respect des engagements que j'ai pris dans le cadre du présent programme à des représentants des organismes suivants : a) l'établissement du réseau public de la santé et des services sociaux dans lequel je serai embauché(e) pour fournir une prestation de travail de 6000 heures ; b) l'université à laquelle je suis inscrit(e) au programme d'études IPS ; c) l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Ce consentement est valide jusqu'à ce que j'aie complété l'entièreté des engagements prévus dans la présente demande d'adhésion.

Changement – Informations personnelles

Je m'engage à aviser l'équipe de coordination des bourses IPS (DNSSI), dans les 30 jours, de tout changement en lien avec mon statut d'étudiant(e) ou d'IPS, ou qui concerne mon adresse de résidence principale, mon numéro de téléphone ou mon adresse courriel, et ce, depuis la signature du présent formulaire jusqu'à la fin de mon engagement.

Signé à (ville) :

le (date) : JJ / MM / ANNÉE

Signature de l'étudiant(e) :

La demande d'adhésion doit être **remplie électroniquement et accompagnée** :

- d'une attestation d'admission **sans condition** au programme d'infirmière praticienne spécialisée
- d'une attestation d'inscription par l'université (registraire)
- du formulaire d'inscription ou de modification au dépôt direct et à l'avis de paiement électronique
- d'un spécimen de chèque en format PDF (voir le document *Programme ministériel de bourses d'études*)

Acheminer le tout à : Bourses_IPS@msss.gouv.qc.ca