



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.
LES ORIGINAUX (avec signatures) DOIVENT ÊTRE ENVOYÉS PAR COURRIEL**

A: Chair of Nominations Committee
Operating Room Nurses Association of Canada
P.O. Box 307, Bath ON K0H 1G0

Courriel: nominations@ornac.ca

DATE LIMITE POUR LA SOUMISSION DES NOMINATIONS: 10 janvier 2021 à minuit
Les soumissions en retard ne seront pas considérées

Poste: Colombie-Britannique Saskatchewan Ontario Québec Nouvelle-Ecosse

NOM: _____

ADRESSE: _____

VILLE: _____ PROVINCE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE: (maison) : _____ (Travail) : _____ (Télécopieur): _____

COURRIEL: (maison): _____

COURRIEL : (travail) : _____

EMPLOYEUR: _____

POSTE: _____ ANNÉE DANS LE POSTE ACTUEL : _____

NOMINÉ PAR: _____
Signature

Nom en lettres moulées

SECONDÉ 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)

**VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DE NOMINATION COMPLÉTÉ PAR COURRIEL.
LES ORIGINAUX DOIVENT ÊTRE ENVOYÉS PAR COURRIEL**

À: Chair of Nominations Committee
Operating Room Nurses Association of Canada
P.O. Box 307, Bath ON K0H 1G0

Courriel: nominations@ornac.ca

DATE LIMITE POUR LA SOUMISSION DES NOMINATIONS: 10 janvier 2021 à minuit
Les soumissions en retard ne seront pas considérées

TITRE DU POSTE: _____

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 _____
(lettres moulées) pour le mandat requis par les règlements administratifs .

SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

A L'USAGE DU COMITÉ DES NOMINATIONS SEULEMENT

Reçu par le comité de la chaire des nominations _____
Lettres moulées

Signature: _____ Date: _____

Éligibilité pour la nomination vérifiée et complète	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
La copie du CV de la personne en nomination a été reçue	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Deux lettres de référence sur la personne en nomination ont été reçues	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
La nomination a été reçue au plus tard à la date limite annoncée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tous les détails requis par le proposeur sont exacts	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tous les détails requis pour le second proposeur sont exacts	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Accusé de réception de l'information du proposeur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Accusé de réception de l'information par la personne mise en nomination	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Nomination, CV, et Volonté de siéger sont envoyés à l'Exécutif et Conseil d'administration le:
_____ (date)

Remarques:
