

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE

**PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SCOLARITÉ DES
INFIRMIÈRES**

***ACCEPTATION DE L'OFFRE DU MINISTÈRE ET CONSENTEMENT À LA COLLECTE
ET À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS***

- A. Je, soussigné(e) _____, accepte l'offre du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « ministère ») de me rembourser mes frais de scolarité en échange de mon engagement à fournir des services dans une collectivité insuffisamment desservie et un établissement admissibles, conformément au Programme de remboursement des frais de scolarité des infirmières du ministère (le « Programme »), et je conviens de remplir toutes les conditions de ce Programme.
- B. J'autorise le ministère à recueillir auprès des organismes ou personnes ci-dessous et à leur divulguer tous les renseignements personnels utiles pour ma participation au Programme ainsi que pour l'exécution de mon engagement à fournir des services en retour dans une collectivité insuffisamment desservie et un établissement admissibles :
- (i) les universités, collèges et établissements canadiens suivants où j'ai obtenu avec succès un diplôme dans le cadre d'un programme reconnu en soins infirmiers :
1. _____
 2. _____
 3. _____
- (ii) l'hôpital, l'établissement, la clinique, le cabinet ou l'organisme ci-dessous (l'« établissement ») qui se trouve dans une collectivité insuffisamment desservie approuvée par le ministère (conformément à ma Confirmation d'emploi) où je compte fournir des services en retour dans le cadre du Programme :

Nom de l'établissement

Nom de la collectivité

Le cas échéant, l'autre établissement ou collectivité insuffisamment desservie où je souhaite fournir des services en retour :

Nom de l'établissement

Nom de la collectivité

C. Je m'engage également à participer pleinement à une ou plusieurs évaluations du Programme ou à des études semblables si le ministère me le demande.

Signature

Date

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée est autorisé à collecter les renseignements personnels définis dans le présent formulaire pour la bonne administration de son Programme de remboursement des frais de scolarité des infirmières. Ces renseignements personnels visent à faciliter la participation de l'infirmière ou de l'infirmier au Programme et à lui permettre de remplir son engagement à fournir des services en retour dans un établissement situé dans une collectivité insuffisamment desservie approuvée par le ministère, conformément aux directives du Programme.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la collecte de renseignements personnels et le Programme, veuillez communiquer par écrit, par téléphone ou par télécopieur avec :

*Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Équipe de renouvellement des soins primaires
Programme des services aux régions insuffisamment desservies
159, rue Cedar, bureau 402
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Tél. : 705 564-7280 ou 1 866 727-9959
Télec. : 705 564-7493*

(3 avril 2006)