

**Annexe 1**

**DEMANDE D’AIDE FINANCIÈRE**

**Études de 2e cycle et 3e cycle**

L’AIPI accorde jusqu’à quatre (4) bourses annuellement, selon les ressources financières disponibles, pour la poursuite d’études de 2e cycle et de 3e cycle en PCI. Pour ce faire, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce formulaire et nous le retourner via courriel **avant le 15 octobre de chaque année.**

L’AIPI informera les récipiendaires des bourses au plus tard le 31 octobre de l’année en cours. Veuillez noter que les dossiers incomplets ou acheminés après la date limite ne seront pas retenus. Merci de vous référer à la Politique d’aide financière de l’AIPI pour connaître les documents à fournir.

**coordonnees professionnelles** (*SVP, veuillez* ***compléter toutes les sections***)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : |  | | Prénom : | | |
| Titre d’emploi : |  | | |  | |
| Type d’institution : | CIUSSS / CISSS | Centre hospitalier | | Centre d’hébergement | |
|  | Centre de réadaptation | Autre : | |  | |
| Établissement : |  | | | Installation : | |
| Adresse professionnelle : |  | | | Ville : | |
| Province : |  | | | Code postal : | |
| Téléphone : |  | | | Télécopieur : | |
| Adresse courriel : |  | | | | |
|  | | | | | |
| ⮚ Êtes-vous membre de l’AIPI depuis un minimum de 24 mois consécutifs ? | | | | | OUI  NON |
| ⮚ Avez-vous bénéficié d’une aide financière de l’AIPI au cours des 24 derniers mois ? Si oui, quel était le type d’aide financière reçu ? | | | | | OUI  NON |

|  |  |
| --- | --- |
| **domaine d’étude** | |
| Nom de l’institution d’enseignement : |  |
| Discipline : |  |
| Spécialisation s’il y a lieu : |  |
| Date du début du programme : |  |
| Date de fin du programme : |  |

|  |
| --- |
| **cheminement professionnel** |
| Veuillez décrire votre projet ou les raisons qui motivent votre démarche universitaire et indiquer comment celle-ci s’inscrit dans votre plan de carrière, en référant à vos expériences antérieures s’il y a lieu, et comment vous utilisez d’ores et déjà les apprentissages de votre formation dans votre pratique ou ailleurs. |
|  |

|  |
| --- |
| **implications professionnelles (si non inclus dans le curriculum vitae)** |
| Nommer les associations et les organismes dans lesquels vous êtes ou avez été engagée activement dans les cinq dernières années (exemples : associations professionnelles, ordres régionaux, associations d’étudiants, syndicat). Pour chacun d’eux, veuillez préciser la durée de votre participation (date d'adhésion et de retrait), les réalisations que vous avez accomplies durant votre mandat ainsi que les fonctions occupées. |
|  |

|  |
| --- |
| **publications et communications professionnelles (si non incluse dans le curriculum vitae)** |
| Veuillez décrire votre projet ou les raisons qui motivent votre démarche universitaire et indiquer comment celle-ci s’inscrit dans votre plan de carrière. Référer à vos expériences antérieures s’il y a lieu. De plus, décrivez la façon dont vous utiliser déjà les apprentissages de votre formation dans votre pratique. |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **recommandations** | | | |
| Donner les coordonnées des deux (2) répondants. Ces répondants devront écrire une lettre expliquant les raisons pour lesquelles vous devriez recevoir cette bourse. Chaque répondant doit acheminer sa lettre à l’adresse postale de l’AIPI : AIPI, C.P. 29056, Québec (QC) G1B 3V7 ou par courriel à l’adresse : [**aipi@aipi.qc.ca**](mailto:aipi@aipi.qc.ca) | | | |
| **Répondant # 1** | | | |
| Nom : |  | Prénom : |  |
| Titre d’emploi : |  | | |
| Téléphone : | poste : | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Répondant # 2** | | | |
| Nom : |  | Prénom : |  |
| Titre d’emploi : |  | | |
| Téléphone : | poste : | | |
|  | | | |

**signature du demandeur**

* Je désire poser ma candidature pour l’obtention d’une bourse d'étude de 2e cycle ou de 3e cycle en prévention et contrôle des infections.
* J’ai pris connaissance des renseignements généraux et des critères d’admissibilité.
* Je suis seul responsable de m’assurer que mon dossier est complet et je comprends que mon dossier peut être rejeté s’il est incomplet ou acheminé après la date limite.
* J’affirme que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont véridiques et que je n’ai omis aucun fait essentiel.
* Je déclare remplir les critères d’admissibilité pour l’attribution d’une bourse d’études de l’Association des infirmières en prévention des infections.

**Signature du demandeur** :      **Date :**

**ATTENTION**

|  |
| --- |
| **Pour que votre dossier soit considéré comme complet, nous devons avoir reçu toutes les pièces requises suivantes :** |
| * Le présent formulaire dûment rempli et signé |
| * + La preuve d’inscription au programme de 2e cycle ou 3e cycle |
| * Votre Curriculum vitae * Les lettres de vos deux (2) répondants |
|  |

Faire parvenir votre formulaire ainsi que les documents requis à **l’adresse courriel** [**aipi@aipi.qc.ca**](mailto:aipi@aipi.qc.ca) **avant le 15 octobre de l’année en cours.**

|  |
| --- |
| *Espace réservé au comité d’attribution des bourses* |
| *Date de réception :* |