

Demande d'une exonération de prêt d'études canadien pour les médecins de famille et le personnel infirmier

Vous devez présenter une demande à la fin de chaque période de 12 mois d'exonération de remboursement de prêt.

Veillez à remplir l'intégralité de la demande.

Votre demande dûment remplie doit être reçue au plus tard 90 jours après la fin de votre période de 12 mois d'exonération de remboursement.

(A) Au sujet de l'exonération de prêt

De nombreuses collectivités rurales et éloignées du Canada n'ont pas accès aux soins de santé de base dont elles ont besoin. C'est pourquoi, depuis avril 2013, le gouvernement du Canada propose une exonération de remboursement du prêt d'études canadien aux médecins de famille, aux résidents en médecine familiale, aux infirmiers praticiens et au personnel infirmier qui travaillent dans des **collectivités désignées en milieu rural ou éloigné***. Ce changement permettra à un plus grand nombre de Canadiens d'obtenir les soins auxquels ils ont droit.

Cette prestation a pour but d'encourager les médecins de famille, les résidents en médecine familiale, les infirmiers praticiens et le personnel infirmier à pratiquer dans des collectivités mal desservies ou éloignées en leur accordant une exonération d'une partie de leurs prêts canadiens d'études.

Les médecins de famille et les résidents en médecine familiale pourraient être admissibles à une exonération de 8 000 \$ par année jusqu'à concurrence de 40 000 \$ sur cinq ans. Les infirmiers praticiens et le personnel infirmier pourraient être admissibles à une exonération de 4 000 \$ par année jusqu'à concurrence de 20 000 \$ sur cinq ans.

*Voir **Collectivités désignées** pour obtenir une définition.

(B) Admissibilité

Vous avez le droit de présenter une demande dans les cas suivants :

- Vous exercez au Canada en tant que médecin de famille, résident en médecine familiale, infirmier autorisé, infirmier psychiatrique autorisé, infirmier auxiliaire autorisé ou infirmier praticien, et vous répondez aux exigences relatives au permis d'exercice (voir **Exigences relatives au permis d'exercice**).
- Vous avez commencé à exercer au sein de la collectivité désignée le 1er juillet 2011 ou après.
- Vous devez avoir travaillé (à temps plein, à temps partiel ou comme employé occasionnel) pendant une année entière (12 mois) dans une collectivité désignée et avoir fourni des services en personne pour un minimum de 400 heures (ou 50 jours) dans cette collectivité. La période de 12 mois que vous sélectionnez est votre période d'exonération de remboursement de prêt (voir **Période d'exonération de remboursement de prêt**).
- Vous avez un prêt d'études canadien dont le remboursement est en règle; (p. ex., vous ne devez pas être inscrit à des études à temps plein).
- Vous avez des prêts d'études du gouvernement fédéral du Canada dont le solde est impayé (les marges de crédit des institutions financières ne sont pas admissibles).

Remarque : Les 12 mois de votre période d'exonération de remboursement sont considérés comme consécutifs si vous exercez votre profession sans interruption de service de plus d'un mois. (Voir la **section 6 – Assurance-emploi** pour connaître les exceptions à cette règle.)

Au total, vous pouvez bénéficier de cinq périodes d'exonération de remboursement de prêt d'études canadien. Ces périodes n'ont pas à être consécutives, mais elles ne peuvent se chevaucher.

(C) Exigences relatives au permis d'exercice

Vous devez détenir un permis valide délivré par une province ou un territoire pour exercer l'une des professions suivantes :

| Infirmiers praticiens: | Médecins de famille |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Infirmier | Médecin de famille |
| Infirmier praticien | Médecin de famille |
| Infirmier auxiliaire autorisé | Résident en médecine familiale (exempté de l'exigence relative à l'obtention du permis d'exercice – le respect de cette exigence sera vérifié auprès de la province ou du territoire) |
| Infirmier autorisé | |
| Infirmier auxiliaire autorisé | |
| Infirmier psychiatrique autorisé | |

(D) Collectivités désignées

Une collectivité désignée est une municipalité (selon les critères de Statistique Canada) qui se trouve à l'extérieur des zones suivantes :

- régions métropolitaines de recensement;
- agglomérations de recensement ayant un noyau urbain de 50 000 habitants ou plus;
- capitales provinciales.

Vous pouvez vérifier si votre lieu de travail est situé dans une collectivité désignée en milieu rural ou éloigné en utilisant la recherche par code postal sur le site web Ciblétudes (<http://tools.canlearn.ca/cslgs-scpse/cln-cln/lfnd-erpm/1-fra.do>). Le nom de votre collectivité désignée est nécessaire pour remplir la section 2 – Renseignements sur l'emploi et la section 7 – Renseignements supplémentaires sur l'emploi de la demande et doit correspondre exactement au code postal pour être accepté.

(E) Période d'exonération de remboursement de prêt

Pour définir votre période d'exonération de remboursement, sélectionnez une période de 12 mois consécutifs durant lesquels vous avez exercé dans une collectivité désignée en milieu rural ou éloigné **et** avez fourni des services en personne pendant au moins 400 heures (ou 50 jours).

Remarque : Vous devez avoir terminé une période d'exonération de remboursement de 12 mois avant de pouvoir présenter une autre demande d'exonération. La période d'exonération suivante pour laquelle vous souhaitez présenter une demande peut débuter à l'issue de la période d'exonération précédente.

Si vous avez travaillé dans plusieurs collectivités désignées en milieu rural ou éloigné pendant votre période d'exonération de remboursement de prêt pour accumuler au moins 400 heures (ou 50 jours) de services en personne, remplissez la section 7 (et la section 2) pour indiquer les autres postes occupés par ordre chronologique. Indiquez les postes que vous avez occupés durant la période d'exonération de remboursement de prêt en commençant par le poste le plus récent. Le nombre total de mois indiqués pour les périodes d'emploi à la section 2 et à la section 7 doit correspondre aux 12 mois de la période d'exonération de remboursement.

Comment remplir un formulaire de demande

(F) SECTION 1 - Renseignement sur le demandeur

Veillez à fournir tous les renseignements demandés dans cette section, y compris votre numéro d'accréditation ou de permis d'exercice.

(G) SECTION 2 - Renseignements sur l'emploi

Veillez à fournir tous les renseignements demandés dans cette section.

La collectivité désignée doit correspondre à la collectivité indiquée par l'outil de recherche de codes postaux du site Cibléétudes.

La période d'exonération de remboursement de prêt doit être de 12 mois consécutifs.

Si vous avez travaillé à plusieurs endroits, vous devez remplir la section 7. Le nombre total de mois indiqués pour les périodes d'emploi à la section 2 et à la section 7 doit correspondre aux 12 mois de la période d'exonération de remboursement. Chaque section doit être signée par le superviseur de chaque établissement. (Les signatures ne peuvent être transmises par courriel ou par courrier.)

Si vous travaillez pour un employeur, vous devez demander à votre employeur ou superviseur immédiat d'attester les dates de début et de fin des 12 mois de la période d'exonération du remboursement et le nombre d'heures (ou de jours) travaillés pendant cette période. Votre employeur ou superviseur immédiat doit signer et dater l'attestation. (Les signatures ne peuvent être transmises par courriel ou par courrier.)

Si vous êtes un travailleur autonome (c.-à-d. que vous avez établi un cabinet de médecine familiale), vous devez demander à un représentant local de certifier qu'à sa connaissance vous avez fourni le nombre d'heures (ou de journées) de services en personne indiqué au cours des 12 mois de la période d'exonération. Les représentants locaux comprennent des représentants élus tels qu'un maire ou un membre d'une assemblée législative, un représentant d'un hôpital local ou un chef de bande local. Le représentant local doit signer et dater l'attestation. (Les signatures ne peuvent être transmises par courriel ou par courrier.)

(H) SECTION 3 – Autres soldes de prêts canadiens d'études auprès d'institutions financières

Indiquez le nom des institutions financières auprès desquelles vous détenez des prêts d'études canadiens dont les soldes sont impayés. Si vous n'avez aucun prêt d'études auprès d'une institution financière dont le solde est impayé, cochez la case « Sans objet ».

(I) SECTION 4 - Révision automatique des modalités

Une fois que l'exonération de remboursement vous aura été accordée, les modalités seront revues afin de réduire le montant de votre paiement tout en conservant la même durée (nombre de paiements). Si vous ne souhaitez pas réduire le paiement de votre prêt, veuillez l'indiquer en paraphant la case prévue à cet effet.

(J) SECTION 5 - Attestation du demandeur

Signez et datez cette section pour attester la validité des renseignements fournis dans votre demande d'exonération.

(K) SECTION 6 - Assurance-emploi

Si, pendant la période d'exonération de remboursement, vous avez cessé d'exercer pendant plus d'un mois durant lequel vous avez touché les prestations d'assurance-emploi suivantes, vous conservez vos droits à l'exonération de remboursement d'un prêt d'études canadien :

- Prestations de maternité
- Prestations parentales
- Prestations de maladie
- Prestations de soignant
- Prestations pour les parents d'un enfant gravement malade

Si vous avez touché des prestations d'assurance-emploi durant la période d'exonération de remboursement que vous avez indiquée, veuillez remplir la section 6 – Assurance-emploi.

(L) SECTION 7 (a, b, c et d) - Renseignements supplémentaires sur l'emploi (s'il y a lieu)

Si vous avez exercé au sein de plusieurs collectivités désignées pendant la période d'exonération de remboursement, veuillez indiquer les autres postes occupés dans ces sections. Le nombre total de mois indiqués pour les périodes d'emploi à la section 2 et à la section 7 doit correspondre aux 12 mois de la période d'exonération de remboursement de prêt. Chaque section doit être signée par le superviseur de chaque collectivité.

(M) Présentez votre demande par la poste

Envoyez votre demande dûment remplie à l'adresse suivante :

Centre de service national de prêts aux étudiants
Case postale 4030
Mississauga (Ontario) L5A 4M4

Si vous avez des questions sur votre admissibilité à l'exonération d'un prêt canadien d'études, veuillez communiquer avec le Centre de service national de prêts aux étudiants au numéro sans frais 1-888-815-4514 (à l'intérieur de l'Amérique du Nord).



Formulaire de demande d'une exonération de prêt d'études canadien pour les médecins de famille et le personnel infirmier

SECTION 1 - Renseignements sur le demandeur (voir Instructions F)

| | | | | |
|--------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------|
| Prénom | | Nom | | |
| Adresse postale résidentielle | | Ville | Province | Code postal |
| No de téléphone | | Numéro d'assurance sociale | | |
| Numéro d'accréditation valide du demandeur | | | | |
| Résident en médecine de famille | Médecin de famille | Infirmier autorisé | Infirmier auxiliaire autorisé | |
| Infirmière praticienne | Infirmière psychiatrique autorisée | Infirmier psychiatrique autorisé | | |

SECTION 2 - Renseignements sur l'emploi

Indiquez le nom de votre dernier employeur ainsi que le nom et l'adresse de l'établissement de soins de santé ou du cabinet privé situé dans la collectivité désignée où vous avez fourni des services en personne pendant votre période d'exonération de remboursement de prêt. Si vous avez exercé dans plusieurs collectivités désignées en milieu rural ou éloigné, indiquez les autres postes occupés à la section 7.

| | |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Nom et adresse postale de l'établissement médical/pratique privée | Nom de la communauté désignée |
| | Code postal |
| | Date de début de l'emploi à cette adresse Mois / jour / année |

Dans les champs « De » et « À », indiquez les 12 mois consécutifs d'emploi durant lesquels vous avez fourni au moins 400 heures (ou 50 jours) de service dans une collectivité désignée en milieu rural ou éloigné. Il s'agit de votre période d'exonération d'un prêt.

Remarque : Si vous avez touché des prestations d'assurance-emploi durant la période d'exonération de remboursement que vous avez indiquée, veuillez remplir la section 6 – Assurance-emploi.

| | |
|--------------------------|-------------------------|
| De (mois / jour / année) | À (mois / jour / année) |
|--------------------------|-------------------------|

Services en personne durant la période d'exonération de remboursement de prêt

| | | |
|----------------------------|----|-------------------------------|
| Nombre d'heures complétées | OU | Nombre de journées complétées |
|----------------------------|----|-------------------------------|

Renseignements sur le superviseur ou le certificateur

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------|
| Nom du superviseur immédiat ou du certificateur | Titre | Superviseur / certificateur N ° de téléphone |
| Je certifie que le demandeur a travaillé pendant le nombre d'heures ou de jours indiqué à l'adresse de travail et à l'établissement de soins de santé/au cabinet privé indiqué durant la période mentionnée. Je certifie également que le demandeur ne travaillait pas à cette adresse avant le 1er juillet 2011. | | |
| Signature du superviseur | | Mois / jour / année |

SECTION 3 - Autres soldes de prêts canadiens d'études auprès d'institutions financières

| | |
|----------------------|-------------------------------------|
| Nom des institutions | Sans objet <input type="checkbox"/> |
| 1 | |
| 2 | |

SECTION 4 - Révision automatique des modalités

Lorsque vous obtenez une exonération du remboursement d'un prêt et que le solde de votre prêt est réduit, les paiements mensuels de votre prêt seront réduits automatiquement. Si vous ne voulez pas que les paiements mensuels de votre prêt soient réduits, inscrivez vos initiales dans l'espace vide et vos paiements mensuels ne changeront pas. _____ (initiales du demandeur)

SECTION 5 - Attestation du demandeur - À remplir intégralement par le demandeur

En signant ci-dessous, je reconnais que je présente une demande pour déterminer si je suis admissible à une exonération de remboursement d'un prêt d'études pour les médecins, les résidents en médecine familiale, les infirmiers praticiens et le personnel infirmier pratiquant dans des collectivités rurales mal desservies ou éloignées pour mes prêts canadiens d'études. Je suis conscient(e) que toute déclaration fautive ou trompeuse est une infraction et que de telles déclarations peuvent mener à de poursuites à mon égard. De plus, je suis conscient(e) qu'on pourrait prendre des mesures administratives concernant mes prêts d'études si je faisais de telles déclarations. Je reconnais que le gouvernement fédéral et ses mandataires ou agents contractuels, le Centre de service national de prêts aux étudiants, les fournisseurs de crédit, les agences d'évaluation de crédit, et toute personne ou entreprise avec qui j'ai effectué ou j'ai pu effectuer des transactions financières et mes institutions financières pourraient directement ou indirectement collecter, sauvegarder, utiliser, divulguer et échanger entre eux tout renseignement personnel se rapportant à cette demande aux fins de s'acquitter de leurs fonctions en vertu de toute loi et de tout règlement du gouvernement fédéral, y compris pour l'administration, l'exécution, le recouvrement de dettes, l'audit, la vérification, la recherche et l'évaluation. Lorsque mon consentement est requis pour permettre la collecte, la sauvegarde, l'utilisation ou la divulgation directe ou indirecte de renseignements personnels en vertu de la loi, en signant ci-dessous j'accorde mon consentement.

| | |
|------------------------|---------------------|
| Signature du demandeur | Mois / jour / année |
|------------------------|---------------------|

Section 6 - Assurance-emploi

Si, pendant la période d'exonération de remboursement, vous avez interrompu vos services pendant plus d'un mois durant lequel vous avez touché les prestations d'assurance-emploi suivantes, vous conservez vos droits à l'exonération du remboursement d'un prêt d'études canadien :

- Prestations de maternité
- Prestations parentales
- Prestations de maladie
- Prestations de soignant
- Prestations pour les parents d'un enfant gravement malade

Avez-vous reçu l'une de ces prestations? : Oui Non

J'autorise le Programme canadien de prêts aux étudiants à communiquer avec la Commission de l'assurance-emploi du Canada, s'il y a lieu, pour vérifier que j'étais bien en congé au titre de l'assurance-emploi pendant la période d'exonération du remboursement de prêt indiquée à la section 2 afin de déterminer le maintien de mon admissibilité.

Renseignements supplémentaires sur l'emploi

Section 7a – Employeur ou collectivité supplémentaire

Veillez indiquer, dans cette section, les autres postes occupés qui sont compris dans votre période d'exonération de remboursement de prêt. Le nombre total de mois indiqués pour les périodes d'emploi à la section 2 et à la section 7 doit correspondre aux 12 mois de la période d'exonération de remboursement de prêt. Comme à la section 2, si de l'information est ajoutée aux sections 7 a), b), c) et d), ces dernières doivent être signées par le superviseur de chaque collectivité.

| | |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Nom et adresse postale de l'établissement médical/pratique privée | Nom de la communauté désignée |
| | Code postal |
| | Date de début de l'emploi à cette adresse Mois / jour / année |

Dans les champs « De » et « À », indiquez les mois d'emploi durant lesquels vous avez fourni au moins 400 heures (ou 50 jours) de service dans une collectivité désignée en milieu rural ou éloigné. Ces mois font partie de votre période complète d'exonération d'un prêt.

Remarque : Si vous avez touché des prestations d'assurance-emploi durant la période d'exonération de remboursement que vous avez indiquée, veuillez remplir la section 6 – Assurance-emploi.

| | |
|--------------------------|-------------------------|
| De (mois / jour / année) | À (mois / jour / année) |
|--------------------------|-------------------------|

Services en personne durant la période d'exonération de remboursement de prêt

| | | |
|----------------------------|----|-------------------------------|
| Nombre d'heures complétées | OU | Nombre de journées complétées |
|----------------------------|----|-------------------------------|

Renseignements sur le superviseur ou le certificateur

| | | |
|-------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------|
| Nom du superviseur immédiat ou du certificateur | Titre | Superviseur / certificateur N ° de téléphone |
|-------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------|

Je certifie que le demandeur a travaillé pendant le nombre d'heures ou de jours indiqué à l'adresse de travail et à l'établissement de soins de santé/au cabinet privé indiqué durant **la période mentionnée**. Je certifie également que le demandeur ne travaillait pas à cette adresse avant le 1er juillet 2011.

| | |
|--------------------------|---------------------|
| Signature du superviseur | Mois / jour / année |
|--------------------------|---------------------|

Section 7b – Employeur ou collectivité supplémentaire

Veillez indiquer, dans cette section, les autres postes occupés qui sont compris dans votre période d'exonération de remboursement de prêt. Le nombre total de mois indiqués pour les périodes d'emploi à la section 2 et à la section 7 doit correspondre aux 12 mois de la période d'exonération de remboursement de prêt. Comme à la section 2, si de l'information est ajoutée aux sections 7 a), b), c) et d), ces dernières doivent être signées par le superviseur de chaque collectivité.

| | |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Nom et adresse postale de l'établissement médical/pratique privée | Nom de la communauté désignée |
| | Code postal |
| | Date de début de l'emploi à cette adresse Mois / jour / année |

Dans les champs « De » et « À », indiquez les mois d'emploi durant lesquels vous avez fourni au moins 400 heures (ou 50 jours) de service dans une collectivité désignée en milieu rural ou éloigné. Ces mois font partie de votre période complète d'exonération d'un prêt.

Remarque : Si vous avez touché des prestations d'assurance-emploi durant la période d'exonération de remboursement que vous avez indiquée, veuillez remplir la section 6 – Assurance-emploi.

| | |
|--------------------------|-------------------------|
| De (mois / jour / année) | À (mois / jour / année) |
|--------------------------|-------------------------|

Services en personne durant la période d'exonération de remboursement de prêt

| | | |
|----------------------------|----|-------------------------------|
| Nombre d'heures complétées | OU | Nombre de journées complétées |
|----------------------------|----|-------------------------------|

Renseignements sur le superviseur ou le certificateur

| | | |
|-------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------|
| Nom du superviseur immédiat ou du certificateur | Titre | Superviseur / certificateur N ° de téléphone |
|-------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------|

Je certifie que le demandeur a travaillé pendant le nombre d'heures ou de jours indiqué à l'adresse de travail et à l'établissement de soins de santé/au cabinet privé indiqué durant **la période mentionnée**. Je certifie également que le demandeur ne travaillait pas à cette adresse avant le 1er juillet 2011.

| | |
|--------------------------|---------------------|
| Signature du superviseur | Mois / jour / année |
|--------------------------|---------------------|

Section 7c – Employeur ou collectivité supplémentaire

Veillez indiquer, dans cette section, les autres postes occupés qui sont compris dans votre période d'exonération de remboursement de prêt. Le nombre total de mois indiqués pour les périodes d'emploi à la section 2 et à la section 7 doit correspondre aux 12 mois de la période d'exonération de remboursement de prêt. Comme à la section 2, si de l'information est ajoutée aux sections 7 a), b), c) et d), ces dernières doivent être signées par le superviseur de chaque collectivité.

| | |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Nom et adresse postale de l'établissement médical/pratique privée | Nom de la communauté désignée |
| | Code postal |
| | Date de début de l'emploi à cette adresse Mois / jour / année |

Dans les champs « De » et « À », indiquez les mois d'emploi durant lesquels vous avez fourni au moins 400 heures (ou 50 jours) de service dans une collectivité désignée en milieu rural ou éloigné. Ces mois font partie de votre période complète d'exonération d'un prêt.

Remarque : Si vous avez touché des prestations d'assurance-emploi durant la période d'exonération de remboursement que vous avez indiquée, veuillez remplir la section 6 – Assurance-emploi.

| | |
|--------------------------|-------------------------|
| De (mois / jour / année) | À (mois / jour / année) |
|--------------------------|-------------------------|

Services en personne durant la période d'exonération de remboursement de prêt

| | | |
|----------------------------|----|-------------------------------|
| Nombre d'heures complétées | OU | Nombre de journées complétées |
|----------------------------|----|-------------------------------|

Renseignements sur le superviseur ou le certificateur

| | | |
|-------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------|
| Nom du superviseur immédiat ou du certificateur | Titre | Superviseur / certificateur N ° de téléphone |
|-------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------|

Je certifie que le demandeur a travaillé pendant le nombre d'heures ou de jours indiqué à l'adresse de travail et à l'établissement de soins de santé/au cabinet privé indiqué durant **la période mentionnée**. Je certifie également que le demandeur ne travaillait pas à cette adresse avant le 1er juillet 2011.

| | |
|--------------------------|---------------------|
| Signature du superviseur | Mois / jour / année |
|--------------------------|---------------------|

Section 7d – Employeur ou collectivité supplémentaire

Veillez indiquer, dans cette section, les autres postes occupés qui sont compris dans votre période d'exonération de remboursement de prêt. Le nombre total de mois indiqués pour les périodes d'emploi à la section 2 et à la section 7 doit correspondre aux 12 mois de la période d'exonération de remboursement de prêt. Comme à la section 2, si de l'information est ajoutée aux sections 7 a), b), c) et d), ces dernières doivent être signées par le superviseur de chaque collectivité.

| | |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Nom et adresse postale de l'établissement médical/pratique privée | Nom de la communauté désignée |
| | Code postal |
| | Date de début de l'emploi à cette adresse Mois / jour / année |

Dans les champs « De » et « À », indiquez les mois d'emploi durant lesquels vous avez fourni au moins 400 heures (ou 50 jours) de service dans une collectivité désignée en milieu rural ou éloigné. Ces mois font partie de votre période complète d'exonération d'un prêt.

Remarque : Si vous avez touché des prestations d'assurance-emploi durant la période d'exonération de remboursement que vous avez indiquée, veuillez remplir la section 6 – Assurance-emploi.

| | |
|--------------------------|-------------------------|
| De (mois / jour / année) | À (mois / jour / année) |
|--------------------------|-------------------------|

Services en personne durant la période d'exonération de remboursement de prêt

| | | |
|----------------------------|----|-------------------------------|
| Nombre d'heures complétées | OU | Nombre de journées complétées |
|----------------------------|----|-------------------------------|

Renseignements sur le superviseur ou le certificateur

| | | |
|-------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------|
| Nom du superviseur immédiat ou du certificateur | Titre | Superviseur / certificateur N ° de téléphone |
|-------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------|

Je certifie que le demandeur a travaillé pendant le nombre d'heures ou de jours indiqué à l'adresse de travail et à l'établissement de soins de santé/au cabinet privé indiqué durant **la période mentionnée**. Je certifie également que le demandeur ne travaillait pas à cette adresse avant le 1er juillet 2011.

| | |
|--------------------------|---------------------|
| Signature du superviseur | Mois / jour / année |
|--------------------------|---------------------|