

Demande de copie d'une évaluation de stage (À remplir par l'étudiante ou l'étudiant demandeur)

Veillez remplir ce formulaire pour présenter une demande de copie d'une évaluation de stage déjà classée dans votre dossier étudiant. Le délai de traitement de la demande est de 10 jours ouvrables à partir de la date de réception de ce formulaire au bureau du conseiller des exigences non académiques.

À REMETTRE À :

Direction des finances
Université de Saint-Boniface
200, avenue de la Cathédrale
Winnipeg (Manitoba) R2H 0H7
Téléphone: 204-237-1818, poste 309
Télécopieur: 204-233-0217

FRAIS ADMINISTRATIFS : 25 \$ par copie (1-03-301-4150-30000)

Aucun document ne sera remis avant que les frais de service ne soient acquittés.

MODE DE PAIEMENT

- Argent comptant (en personne seulement)
 Chèque (à l'ordre de l'USB)
 Interac (en personne seulement)
 VISA MasterCard

(En cas de paiement par carte de crédit, veuillez communiquer avec la Direction des finances au 204-237-1818, poste 309, du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30)

Nom : _____ N° étudiant USB : _____
Nom de famille Prénom(s)

Ancien(s) nom(s) – le cas échéant : _____ Date de naissance : _____ N° de téléphone (jour) : _____

Nombre de copies demandées : _____

Programme d'études suivi :

- BSI (Baccalauréat en sciences infirmières)
 DSIA (Diplôme en sciences infirmières auxiliaires)
 CASS (Certificat Aide en soins de santé)

Année universitaire de votre dernière inscription au programme : _____

Mode d'envoi (Veuillez n'en cocher qu'un seul.)

- J'irai le récupérer en personne* Envoi par courrier rapide**
Les frais d'envoi suivants s'appliquent :
30 \$ au Canada
50 \$ aux États-Unis
100 \$ international

La personne indiquée ci-dessous ira le récupérer pour moi* :

Par la poste **

* Les documents non récupérés seront détruits six mois après la date de la demande. Veuillez présenter une pièce d'identité avec photo au moment où vous récupérez vos documents.

** Veuillez remplir la section **Renseignements pour envoi** au verso de ce formulaire. L'École des sciences infirmières et des études de la santé de l'Université de Saint-Boniface décline toute responsabilité quant aux problèmes d'envoi si les coordonnées fournies sont incorrectes.

Signature : _____

Date : _____

Renseignements pour envoi

Veillez faire parvenir la copie de mon évaluation de stage aux adresses ci-dessous :

Quantité Nom et adresse (Écrire lisiblement en caractères d'imprimerie.)

1. _____ Destinataire : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Pays : _____ Code postal : _____

2. _____ Destinataire : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Pays : _____ Code postal : _____

3. _____ Destinataire : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Pays : _____ Code postal : _____

4. _____ Destinataire : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Pays : _____ Code postal : _____

5. _____ Destinataire : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Pays : _____ Code postal : _____

6. _____ Destinataire : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Pays : _____ Code postal : _____

7. _____ Destinataire : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Pays : _____ Code postal : _____

8. _____ Destinataire : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Pays : _____ Code postal : _____