ONTARIO NURSES' ASSOCIATION
ASSOCIATION DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES DE L'ONTARIO

CHANGE OF MEMBERSHIP INFORMATION / CHANGEMENT DE RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX MEMBRES

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY MEMBER / CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MEMBRE

IDENTIFICATION NUMBER . N° D'IDENTITÉ

CHECK APPLICABLE / COCHER, S'IL Y A LIEU:

☐ **RN** ☐ **ALLIED**

ON-01-02/98

LOCAL NO. SECTION LOCALE

SOCIAL INSURANCE NUMBER / N° D'ASSURANCE SOCIALE

COLLEGE REGISTRATION NUMBER / N° D'ENREGISTREMENT DU COLLÈGE

EFFECTIVE DATE (D/J M Y/A)

NAME / NOM	(SURNAME / NOM DE FAMILLE) PRINT CLEARLY / ÉCRIRE LISIBLEMENT (FIRST NAME / PRENOM)
ADDRESS / ADRESSE	APT. / UNIT # / APP.
TOWN / CITY / VILLE	POSTAL CODE / CODE POSTAL

E-MAIL / ADRESSE ÉLECTRONIQUE:

BUSINESS TELEPHONE NUMBER / N° DE TÉLÉPHONE AU BUREAU

HOME TELEPHONE NUMBER / N° DE TÉLÉPHONE À LA MAISON

PLEASE CHECK THE APPROPRIATE BOX(ES) AND PROVIDE THE INFORMATION ACCORDINGLY
COCHEZ LA(LES) CASE(S) PERTINENTE(S) ET FOURNISSEZ LES RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES.

1	☐ CHANGE OF NAME / CHANGEMENT DE NOM	PREVIOUS NAME: / ANCIEN NOM:
2	☐ CHANGE OF ADDRESS / CHANGEMENT D'ADRESSE	PREVIOUS ADDRESS: / ANCIENNE ADRESSE: _____ POSTAL CODE: / CODE POSTAL _____
3	☐ LEAVE OF ABSENCE / ABSENCE AUTORISÉE	TYPE (PREGNANCY, PERSONAL, ETC.): / RAISON (GROSSESSE, RAISON PERSONNELLE, ETC.): _____ LENGTH OF TIME: FROM / DURÉE: DE _____ TO / À _____
4	☐ TERMINATION / CESSATION D'EMPLOI	DATE OF TERMINATION: / DATE DE LA CESSATION D'EMPLOI:
5	☐ TRANSFER / MUTATION	FROM: / DE: — TO: / À:
		FORMER EMPLOYER'S NAME / NOM DE L'ANCIEN EMPLOYEUR — PRESENT EMPLOYER'S NAME / NOM DU NOUVEL EMPLOYEUR
		DATE LAST WORKED IN ABOVE / DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL — ☐ F.T. / PT ☐ P.T. / TP ☐ CAS. / OCC.

TO ONA LOCAL EXECUTIVE
À L'INTENTION DU DIRIGEANT DE LA SECTION LOCALE DE L'AIIO

1. PLEASE COMPLETE THIS SECTION AND RETAIN COPY FOR YOUR FILES.
VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION ET CONSERVER LA COPIE DANS VOS DOSSIERS

2. FORWARD ORIGINAL TO: / ENVOYEZ L'ORIGINAL À L'ADRESSE SUIVANTE

DUES / MEMBERSHIP DEPARTMENT
ONTARIO NURSES' ASSOCIATION
85 GRENVILLE STREET, SUITE 400
TORONTO, ONTARIO, M5S 3A2
TEL - (416) 964-8833

DÉPARTEMENT DES COTISATIONS ET ADHÉSIONS
ASSOCIATION DES INFIRMIERS ET INFIRMIERES DE L'ONTARIO
65, RUE GRENVILLE, BUREAU 400
TORONTO (ONTARIO) M5S 3A2
N° DE TÉLÉPHONE: (416) 964-8833

DID THE ABOVE HAVE EVIDENCE OF MEMBERSHIP IN PREVIOUS LOCAL?
LA PERSONNE SUSMENTIONNÉE A-T-ELLE DÉJÀ FAIT PARTIE D'UNE AUTRE SECTION LOCALE?

☐ YES / OUI ☐ NO / NON

IF YES, WHAT EVIDENCE OF MEMBERSHIP PROOF GIVEN? DANS L'AFFIRMATIVE, EN DONNEZ LA PREUVE.

NB CARD VALID ONLY FOR A TRANSFER WITHIN SIX MONTHS OF TERMINATION / N.B. LA CARTE N'EST VALABLE QU'À DES FINS DE MUTATION DANS LES SIX MOIS SUIVANT LA CESSATION D'EMPLOI