ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ
RÉGIE RÉGIONALE DE LA NUNAVIK REGIONAL
SANTÉ ET DES SERVICES BOARD OF HEALTH
SOCIAUX DU NUNAVIK AND SOCIAL SERVICES

Inuulitsivik

Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
Inuulitsivik Health & Social Services Centre
Puvirnituq, Québec J0M 1P0
T 819 988-2957 / F 819 988-2796

ᐅᖓᕙᒥ ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ ᖃᓄᐃᖅᑭᓯᐊᕐᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

Village : _____

Le : (aaaa/mm/jj) _____

Objet : Motivation d'absence pour raison médicale

Madame,

Monsieur,

Je soussigné(e), _____ (nom de l'infirmièr(e)), vous confirme que Madame/Monsieur _____ sera absent(e) du travail à partir du (aaaa/mm/jj) _____ et jusqu'au (aaaa/mm/jj) _____ pour raison médicale.

_____

Nom et signature de l'infirmièr(e)

Pour

Véronique Morin, MD