



FORMULAIRE DE DEMANDE D'EMPLOI

EMPLOI POSTULÉ		Usine	Bureau
1 ^{ER} CHOIX :		2 ^{IÈME} CHOIX :	
TEMPS PLEIN		TEMPS PARTIEL	ÉTUDIANT
JOUR	SOIR	NUIT	FIN SEMAINE

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS			
NOM :		PRÉNOM :	
ADRESSE COMPLÈTE :			
TÉL. RÉSIDENCE :		AUTRE (POUR MESSAGE) :	
SOUFFREZ-VOUS D'UNE DÉFICIENCE OU D'UN HANDICAP QUELCONQUE QUI POURRAIT VOUS LIMITER À EFFECTUER CERTAINS TRAVAUX ? NON _____ SI OUI :			
VEUILLEZ EXPLIQUER _____			
ÊTES-VOUS ÉLIGIBLE À UNE SUBVENTION QUELCONQUE ? NON _____ SI OUI : PRÉCISEZ _____			
LANGUES PARLÉES ET ÉCRITES	FRANÇAIS	ANGLAIS	AUTRE

SCOLARITÉ					
	ANNÉE	INSTITUTION	LIEU	SPÉCIALITÉ	DIPLÔME OBTENU
SECONDAIRE	DE ____ À ____				
COLLÉGIAL	DE ____ À ____				
FORMATION PROFESSIONNELLE	DE ____ À ____				
AUTRES (PRÉCISEZ)	DE ____ À ____				

EMPLOIS ANTÉRIEURS					
NOM DE L'ENTREPRISE ADRESSE COMPLÈTE NUMÉRO TÉLÉPHONE	PÉRIODE D'EMPLOI	POSTE OCCUPÉ	DESCRIPTION SOMMAIRE DES TÂCHES	RAISON DU DÉPART	NOM DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT
				<input type="checkbox"/> MISE À PIED <input type="checkbox"/> CONGÉDIEMENT <input type="checkbox"/> DÉPART VOLONTAIRE <input type="checkbox"/> AUTRES (PRÉCISEZ)	
				<input type="checkbox"/> MISE À PIED <input type="checkbox"/> CONGÉDIEMENT <input type="checkbox"/> DÉPART VOLONTAIRE <input type="checkbox"/> AUTRES (PRÉCISEZ)	
				<input type="checkbox"/> MISE À PIED <input type="checkbox"/> CONGÉDIEMENT <input type="checkbox"/> DÉPART VOLONTAIRE <input type="checkbox"/> AUTRES (PRÉCISEZ)	



FORMULAIRE DE DEMANDE D'EMPLOI

AUTORISATION D'ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je déclare que tous les renseignements apparaissant sur la formule d'offre de services ainsi que dans mon curriculum vitae sont véridiques et je reconnais que toute fausse déclaration volontaire peut avoir pour effet d'annuler ma demande d'emploi ou d'entraîner mon congédiement dans le cas où je serai embauché (e) par la compagnie.

J'accepte de me conformer aux conditions suivantes :

Je consens à subir tout examen médical de pré-emploi ou en cours d'emploi et jugé nécessaire par les autorités de la compagnie qui détient le mandat d'embauche et/ou ses assureurs.

Je donne l'autorisation à la compagnie et/ou à la compagnie qui détient le mandat de faire mener une enquête sur mes emplois précédents et je libère de toute responsabilité ou obligation toutes les personnes, les compagnies et les associations qui fourniront des renseignements à mon sujet.

J'accepte qu'une vérification de mon dossier médical soit faite auprès de la commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec et j'autorise par les présentes la compagnie et/ou la compagnie qui détient le mandat d'embauche et/ou un médecin désigné par elle de ce faire.

De plus, je reconnais qu'aucune promesse qui pourrait m'être faite ou aucun engagement pris à mon égard ne sera exécutoire à moins d'avoir été fait par écrit par une personne autorisée de la compagnie et/ou de la compagnie qui détient le mandat d'embauche.

Nom en lettre moulée

Signature

Date :

Date de naissance :

Réservé administration
