

POSTE INTÉRESSÉ

SALAIRE ACTUEL

SALAIRE DEMANDÉ

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom: Prénom:
 Adresse: Province: Code postal: Pays:
 Date de naissance: Numéro d'assurance sociale:
 Téléphone domicile: Téléphone travail:
 Courriel: Cellulaire:
 Langue parlée: Français Anglais Espagnol Autres, précisez:
 Langue écrite: Français Anglais Espagnol Autres, précisez:
 Disponibilité: Temps plein Temps partiel Sur appel
 Endroit d'obtention du permis de conduire: Année d'obtention du permis de conduire:

SCOLARITÉ

Secondaire Nombre d'années: Date de sortie:
 Nom de l'établissement: Diplôme obtenu:
CEGEP Nombre d'années: Date de sortie:
 Nom de l'établissement: Diplôme obtenu:
Université Nombre d'années: Date de sortie:
 Nom de l'établissement: Diplôme obtenu:
Autres Titres: Années:
 Titres: Années:

EXPÉRIENCES ET QUALIFICATIONS

Veillez remplir cette sous-section seulement pour un candidat chauffeur

Nombre d'heures de conduite:
 Numéro de permis: Classe(s):
 Province: Restriction(s):
 Date d'expiration:

Date <input type="checkbox"/>	Nom de l'employeur <input type="checkbox"/>	Poste <input type="checkbox"/>	Raison(s) du départ
Du: Au:			
Du: Au:			
Du: Au:			
Du: Au:			

Vous a-t-on déjà refusé l'obtention d'un permis pour conduire un véhicule moteur? OUI NON
 Votre permis a-t-il déjà été révoqué ou suspendu? OUI NON

Si vous avez choisi OUI pour cette dernière, veuillez expliquer les motifs de cette révocation ou de cette suspension:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CODE DE LA ROUTE À remplir uniquement pour un candidat chauffeur

Avez-vous reçu des contraventions et/ou des amendes depuis les trois (3) dernières années, en rapport avec l'utilisation de véhicules à moteur? OUI NON Si vous avez coché OUI, veuillez compléter la section A)

Section A)Endroit:

Date de l'infraction:

Endroit:

Date de l'infraction:

Avez-vous déjà eu des accidents ou incidents en rapport avec l'utilisation de véhicules à moteurs?

 OUI NON

Si vous avez coché OUI, veuillez compléter la section B)

Section B)

Écrivez la nature des accidents ou incidents, ainsi que la date où ceux-ci sont survenus:

Nom(s) de(s) employeur(s) à ce moment-là:

CARTES DE COMPÉTENCES

À remplir uniquement pour un candidat chauffeur

Possédez-vous les cartes suivantes:

 Dépistage de drogues et d'alcool Matières dangereuses Examen écrit (ICC) Examen médical États-Unis**ANTÉCÉDENTS D'ACCIDENTS DE TRAVAIL**

Avez-vous déjà subi un ou des accidents de travail?

 OUI NON

Si OUI, veuillez remplir la section c)

Section C)De (date):

À (date):

Nom de l'employeur:

Type de blessure subie:

De (date):

À (date):

Nom de l'employeur:

Type de blessure subie:

De (date):

À (date):

Nom de l'employeur:

Type de blessure subie:

À ÊTRE LU ET ACCEPTÉ PAR LE CANDIDAT

Il est convenu et entendu que l'employé qui fera une déclaration fautive ou fautive, par omission dans sa formule d'emploi ou de renseignements, lors de l'engagement est passible de renvoi à compter de la découverte de la fautive déclaration ou des faux renseignements, en conformité avec les exigences de cautionnement "bond" des règlements internes des conventions de travail.

Il est convenu et entendu que l'employeur et ses agents peuvent faire une enquête sur les antécédents du candidat pour s'assurer que toutes ses déclarations sont exactes.

Le candidat accepte de donner des renseignements et/ou des documents supplémentaires pour compléter le présent formulaire d'emploi et accepte de se soumettre à un examen médical auprès d'un médecin choisi et désigné par l'employeur.

Il est convenu et entendu que si je suis engagé, je serais soumis à une période d'essai durant laquelle je peux être renvoyé sans aucun recours.

Date:

 J'accepte Je refuse