

FORMULAIRE DE DEMANDE D'EMPLOI

Section 1 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

Tel. Résidence : _____ Tel. Travail : _____

Citoyenneté Canadienne : Oui Non Si non, avez-vous le droit de travailler au Canada? _____

No. Assurance sociale : _____ No. Assurance maladie : _____

Date de naissance : _____ Voiture : Oui Non

Section 2 EMPLOI POSTULÉ

Emploi postulé : _____

Date de disponibilité : _____

Voulez-vous un emploi : Temps plein Temps partiel Étudiant

Acceptez-vous un horaire de travail : Jour Soir Nuit Fin de semaine

Fréquence de temps supplémentaire accepté par semaine :

Aucun 3 heures 6 heures 9 heures 12 heures Ou plus

Section 3 EXPÉRIENCE (Nom et adresse de vos employeurs en commençant par le plus récent)

Nom de la compagnie : _____

Personne à contacter : _____ Tel. : _____

Poste occupé : _____

Raison du départ : _____

Principales tâches : _____

Durée de l'emploi de : _____ à _____

Nom de la compagnie : _____

Personne à contacter : _____ Tel. : _____

Poste occupé : _____

Raison du départ : _____

Principales tâches : _____

Durée de l'emploi de : _____ à _____

Nom de la compagnie : _____

Personne à contacter : _____ Tel. : _____

Poste occupé : _____

Raison du départ : _____

Principales tâches : _____

Durée de l'emploi de : _____ à _____

Section 4 INFORMATIONS GÉNÉRALES

Éprouvez-vous des problèmes particuliers, des limitations fonctionnelles ou tous autres problèmes de santé qui pourrait réduire l'accomplissement du travail pour lequel vous offrez vos services? Ex. : Allergies (respiratoires ou cutanées) à des produits vous empêchant d'effectuer certaines activités, incapacité physique etc.

Oui Non

Si OUI, précisez? _____

Avez-vous des antécédents criminels? Oui Non

Si OUI, précisez? _____

Avez-vous déjà été victime d'un accident de travail (CSST)? Oui Non

Si OUI, précisez? Date : _____ Durée de l'absence _____

Partie du corps blessé : _____

Endurez-vous bien le travail :

‣ À des températures élevées? Oui Non

‣ À des températures froides? Oui Non

‣ À des positions debout prolongées? Oui Non

‣ À des positions assises prolongées? Oui Non

Section 5 DÉCLARATION DU CANDIDAT

Je certifie que mes déclarations, en réponse aux questions posées, sont conformes à la vérité, complétés et exactes. Je reconnais que toute fausse déclaration ou omission importante de ma part risque s'entraîner le rejet de ma demande ou mon renvoi sans préavis.

De plus, j'accepte de me soumettre à un examen médical de pré embauche incluant un test de dépistage de drogue et d'alcool et à des examens médicaux périodiques en cours d'emploi par un médecin représentant l'entreprise.

Je consens, aux mêmes conditions, à la transmission de mes dossiers médicaux antérieurs. Les présents consentements ne sont valides que pour la durée nécessaire à mon embauche et pour la durée de mon emploi; en cas de terminaison de mon emploi, mon consentement n'est valide que pour la durée de tout litige qui en découle.

Il est convenu qu'advenant mon embauche, je serai soumis à une période d'essai, conformément aux politiques de l'entreprise, période au cours de laquelle je peux être remercié de mes services sans aucuns recours.

Signature du candidat : _____ Date : _____

J'autorise USINE SARTIGAN INC. à obtenir des références auprès de mes anciens employeurs et auprès de mon employeur actuel et à consulter mon dossier de CSST. De plus j'autorise qu'une enquête de crédit et/ou policière de toute autre nature que ce soit, soit faite en tout temps en rapport avec mon emploi. Je libère de toutes responsabilités les personnes ou les sociétés fournissant de telles références.

Signature _____ du candidat : _____

Date : _____