



FORMULAIRE DE DEMANDE D'EMPLOI – Usine / Chargeuse / Mécanique

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

Tel. Résidence : _____ Cellulaire : _____

Adresse e-mail : _____

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

Avez-vous accès à un véhicule ? Oui Non

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

Avez-vous déjà travaillé pour Usine Sartigan ? Oui Non Si oui, quand ? _____

Si oui, quels étaient vos fonctions ? _____

Connaissez-vous quelqu'un qui est à notre emploi ? Oui Non Si oui, qui ? _____

Êtes-vous référé par quelqu'un ? Oui Non Si oui, par qui ? _____



FORMULAIRE DE DEMANDE D'EMPLOI – Usine / Chargeuse / Mécanique

EXPÉRIENCES : (Nom et adresse de vos employeurs en commençant par le plus récent)

Nom de la compagnie #1 : _____

Personne à contacter : _____ Fonction : _____

Tel : _____

Poste occupé : _____

Raison du départ : _____

Principales tâches : _____

Durée de l'emploi de : _____ à _____

Nom de la compagnie #2: _____

Personne à contacter : _____ Fonction : _____

Tel : _____

Poste occupé : _____

Raison du départ : _____

Principales tâches : _____

Durée de l'emploi de : _____ à _____

Nom de la compagnie #3: _____

Personne à contacter : _____ Fonction : _____

Tel : _____

Poste occupé : _____

Raison du départ : _____

Principales tâches : _____

Durée de l'emploi de : _____ à _____

CONSENTEMENT DE VÉRIFICATION DES RÉFÉRENCES :

Je consens à ce qu'Usine Sartigan effectue toutes les vérifications d'emploi qu'elle juge nécessaire à mon sujet.

J'autorise Usine Sartigan ou une firme mandatée par Usine Sartigan à vérifier les informations que j'ai fournies dans le cadre d'enquête pertinente à mon embauche.

J'autorise Usine Sartigan à faire les vérifications par téléphone ou par écrit auprès des institutions d'éducation ou des employeurs identifiés dans la présente demande et dans mon curriculum vitae.

Je consens à ce que mon employeur actuel soit contacté : Oui Non

Nom en lettre moulées : _____

Signature : _____ Date : _____



FORMULAIRE DE DEMANDE D'EMPLOI – Usine / Chargeuse / Mécanique

CONSENTEMENT DE DIVULGATION D'INFORMATION ET DE CASIERS JUDICIAIRES

Avez-vous fait l'objet d'une condamnation pour un acte criminel en lien avec l'emploi postulé et pour laquelle vous n'avez pas obtenu un pardon? Oui Non

Si OUI, précisez la nature, l'endroit, la date ainsi que le verdict de la condamnation?

IDENTIFICATION DU CANDIDAT :

Prénom : _____ Nom : _____

Nom de fille (s'il y a lieu) : _____ Autres noms utilisés : _____

Date de naissance (jj / mm / aaaa) : _____ Lieu de naissance : _____

Sexe : Homme Femme

Adresse actuelle : Numéro Rue app. Ville Province Code postal

Indiquer les adresses précédentes si vous ne résidez pas à l'adresse ci-dessus depuis plus de cinq (5) ans.

MOTIF DE LA REQUÊTE : Vérification pré-emploi pour le poste

Je consens à ce que les services policiers canadiens divulguent tous les renseignements et dossiers du Centre d'information de la police canadienne (CIPC) à partir des informations ci-dessus à **Usine Sartigan**.

AUTORISATION :

Je, soussigné(e), autorise Usine Sartigan à effectuer une enquête approfondie sur mes antécédents criminels, s'il y a lieu, indiqués aux présentes, et ce, dans la mesure où le permet la législation locale, et à procéder à l'archivage des résultats de cette enquête pour la durée de mon emploi. Si ma candidature n'est pas retenue, ces résultats seront détruits dans les délais requis par la Loi. Je m'engage à produire les pièces justificatives qu'Usine Sartigan jugera à propos de me demander. Je dégage de toute responsabilité quiconque divulgue ou reçoit ces renseignements.

Je donne, par la présente, une quittance complète et finale à Usine Sartigan, ses agents et les services policiers, leurs compagnies affiliées, leurs employés, mandataires et leurs successeurs respectifs de toute action, cause d'action, réclamation ou demande, et renonce à tout droit concernant la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels conformément à cette autorisation.

Je, soussigné, consens à ce que les renseignements volontairement divulgués soient utilisés dans le seul but de mener une enquête sur ma personne, tel que stipulé dans la présente demande.

J'ai lu et compris les conditions ci-dessus, et je m'engage à m'y conformer. J'atteste que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont fidèles et exacts.

Nom en lettres moulées : _____

Signature : _____ Date : _____



QUESTIONNAIRE SUR LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX* :

*** IMPORTANT : À LIRE AVANT DE COMPLÉTER CE QUESTIONNAIRE**

Ce questionnaire médical a pour but de s'assurer que votre état de santé est compatible, d'une part, avec les exigences de l'emploi postulé et, d'autre part, avec une prestation normale et régulière de travail.

1. Avez-vous déjà subi un ou des accidents de travail ? Oui Non

Si oui, veuillez remplir la section ci-dessous :

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 : _____

2. Avez-vous des limitations fonctionnelles suite à une blessure ? Oui Non

Si oui, préciser : _____

3. Êtes-vous porteur d'une atteinte permanente (% d'incapacité) ? Oui Non

Si oui, préciser : _____

4. Avez-vous un problème de dépendance à l'alcool ou à des drogues? Oui Non

5. Êtes-vous aptes à soulever et manipuler des objets pesant 35 livres et moins?

Oui Non

6. Souffrez-vous d'une affection, qui à votre avis, pourrait nécessiter une attention spéciale concernant votre affectation à l'emploi postulé ? Oui Non

Si oui, préciser : _____



FORMULAIRE DE DEMANDE D'EMPLOI – Usine / Chargeuse / Mécanique

7. Avez-vous déjà été considéré incapable d'exercer un travail pour des raisons de santé ?

Oui Non

Si oui, préciser : _____

8. 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, incapacités physiques, etc.

Oui Non

9. Endurez-vous bien le travail :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - à des températures élevées ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - à des températures froides ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - à des postions debout prolongées ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - à des positions assises prolongées ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

DÉCLARATION DU CANDIDAT :

Je, soussigné, déclare avoir bien lu le présent formulaire, et compris les questions.

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 d'entraîner le rejet de ma candidature ou mon renvoi sans préavis.

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 recours.

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 périodique en cours d'emploi par un médecin représentant l'entreprise.

Je reconnais avoir pris connaissance de ces clauses et je les accepte.

Nom en lettres moulées : _____

Signature du candidat : _____ Date : _____



FORMULAIRE DE DEMANDE D'EMPLOI – Usine / Chargeuse / Mécanique

Section à compléter par l'employeur lors de l'embauche.

AUTORISATION D'EMBAUCHE :

Nom de l'employé : _____

Fonction : _____

Quart : Jour Nuit FDS

Entrevue effectuée par : _____ Date : _____

Taux horaire ou salaire annuel : _____ Formation : _____

Contremaître : _____ 1^{er} jour de travail : _____

E-mail : _____

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS :

Date de naissance : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____

Numéro de téléphone de la personne (autres que le vôtre) : _____

Spécimen de chèque (à annexer au présent formulaire)

Signature : _____

Date : _____

Notes : _____

FIN D'EMPLOI :

Date du départ définitif : _____ Fonction : _____

Raison : _____ Salaire : _____

Supérieur immédiat : _____