

MUNICIPALITÉ DE PONTIAC

DEMANDE D'EMPLOI

(Veuillez écrire en lettres moulées)



RENSEIGNEMENTS PERSONNELS			
Nom:		Prénom:	Date:
Adresse:			N° appartement:
Ville:		Province:	Code postal:
Téléphone <i>Rés.:</i>		<i>Trav.:</i>	Adresse électronique:
Êtes-vous de citoyenneté canadienne? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		Si non, disposez-vous d'un permis de travail ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Parlez-vous couramment en :			
Français <input type="checkbox"/>	Anglais <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	
Écrivez-vous couramment en :			
Français <input type="checkbox"/>	Anglais <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EMPLOI POSTULÉ			
Poste demandé:		Salaire souhaité:	
Disponible à partir du:		Accepteriez-vous un emploi à temps: Plein <input type="checkbox"/> Partiel <input type="checkbox"/>	
Accepteriez-vous un horaire de travail de:		Jour <input type="checkbox"/>	Soir <input type="checkbox"/>
		Nuit <input type="checkbox"/>	Fin de semaine <input type="checkbox"/>
Fréquence de temps supplémentaire acceptée par semaine :		3 heures <input type="checkbox"/>	6 heures <input type="checkbox"/>
		9 heures <input type="checkbox"/>	12 heures <input type="checkbox"/>

FORMATION			
Secondaire <i>(nom de l'institution) :</i>		Adresse :	
De:	À:	Êtes-vous diplômé ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Diplôme obtenu:
Collège <i>(nom de l'institution) :</i>		Adresse :	
De:	À:	Êtes-vous diplômé ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Diplôme obtenu:
Autre <i>(nom de l'institution):</i>		Adresse :	
De:	À:	Êtes-vous diplômé ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Diplôme obtenu:

EXPÉRIENCE (COMMENCEZ PAR L'EMPLOYEUR LE PLUS RÉCENT)			
Employeur:		Téléphone: ()	
Adresse:		Superviseur:	
Fonction:	Salaire de départ:	Salaire final:	
Responsabilités:			
Durée de l'emploi: De:		À:	Raison du départ:
Pouvons-nous contacter votre superviseur pour des références ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			

(ENGLISH ON REVERSE SIDE)

Employeur:		Téléphone: ()	
Adresse:		Superviseur:	
Fonction:	Salaire de départ:	Salaire final:	
Responsabilités:			
Durée de l'emploi:	De: À:	Raison du départ:	
Pouvons-nous contacter votre superviseur pour des références ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Employeur:		Téléphone: ()	
Adresse:		Superviseur:	
Fonction:	Salaire de départ:	Salaire final:	
Responsabilités:			
Durée de l'emploi:	De: À:	Raison du départ:	
Pouvons-nous contacter votre superviseur pour des références ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

POSTE DE PRODUCTION			
Êtes-vous :	Gaucher <input type="checkbox"/>	Droitier <input type="checkbox"/>	Ambidextre <input type="checkbox"/>
Votre condition physique vous permet-elle d'effectuer des travaux lourds ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si non, précisez: _____ _____
Votre condition physique vous permet-elle de travailler dans les hauteurs ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si non, précisez: _____ _____
Avez-vous des allergies (respiratoires ou cutanées) à certains produits vous empêchant d'effectuer certaines activités ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez: _____ _____
Avez-vous eu à travailler avec des matières dangereuses ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez: _____ _____
Supportez-vous bien le travail:			
• À des températures élevées ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
• À des températures froides ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
• En station debout prolongée ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
• En station assise prolongée ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Advenant un manque de travail dans vos fonctions, êtes-vous prêt à accepter un transfert de département ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Êtes-vous prêt à suivre une formation technique additionnelle ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Êtes-vous porteur d'une condition personnelle, de limitations fonctionnelles ou de tout autre problème de santé qui pourrait limiter l'accomplissement du travail pour lequel vous offrez vos services ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez: _____ _____
Spécifiez les ajustements qui seraient nécessaires à apporter au poste de travail :	_____ _____		

AUTRES INFORMATIONS (à compléter pour les emplois cols blancs)

Possédez-vous un permis de conduire valide au Québec ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
No de permis :	Classe de permis:		
Décrivez les restrictions :			
Avez-vous déjà participé à une formation offerte par la CSST ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà participé à une formation offerte par le R.C.R. ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Avez-vous des connaissances en traduction ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Avez-vous des connaissances en secrétariat ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Avez-vous des connaissances en classement ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Possédez-vous votre doigté dactylographique ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Savez-vous utiliser le courriel ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Savez-vous naviguer sur internet ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Connaissez-vous les logiciels suivants:	Windows <input type="checkbox"/>	Word <input type="checkbox"/>	Excel <input type="checkbox"/>
MapInfo <input type="checkbox"/>	PowerPoint <input type="checkbox"/>	PG Système d'information <input type="checkbox"/>	
Autres logiciels _____			

AUTRES INFORMATIONS (à compléter pour les emplois cols bleus)

Possédez-vous un permis de conduire valide au Québec ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
No de permis :	Classe de permis:		
Décrivez les restrictions :			
Possédez-vous un permis pour transporter des matières dangereuses ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Avec quelle entreprise avez-vous suivi votre cours concernant les matières dangereuses ?			
Avez-vous déjà participé à une formation offerte par la CSST ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà participé à une formation offerte par le R.C.R. ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Savez-vous opérer un tracteur ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Savez-vous opérer une pelle rétrocaveuse ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Savez-vous opérer une niveleuse ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Savez-vous opérer un camion à benne ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Savez-vous opérer un chasse-neige ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Savez-vous opérer un camion lourd ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Savez-vous opérer un camion 10-roues (tandem) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Savez-vous utiliser une scie à chaîne ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Avez-vous des connaissances en plomberie ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Avez-vous des connaissances en mécanique ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Avez-vous des connaissances en construction ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

DÉCLARATION DU CANDIDAT

Je certifie que ces déclarations, en réponse aux questions ci-dessus, sont conformes à la vérité, complètes et exactes. Je reconnais que toute fausse déclaration ou omission importante de ma part risque d'entraîner le rejet de ma demande ou mon renvoi sans préavis.

Je reconnais que la municipalité se réserve le droit de demander un examen médical de pré-embauche, y compris un test de drogues et d'alcool et à des examens médicaux en cours d'emploi par un médecin désigné de l'entreprise sous réserve que les renseignements médicaux transmis soient en relation avec mon emploi ou les conditions et traitement qui s'y rattachent.

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 aucun recours.

Signature du candidat: _____

Date: _____

RÉFÉRENCES

Par la présente, j'autorise la Municipalité de Pontiac à prendre des références auprès de mes employeurs précédents et auprès de mon employeur actuel. Je libère de toute responsabilité les personnes ou les sociétés fournissant de telles références.

Signature du candidat _____

Date _____

PARTIE RÉSERVÉE À L'EMPLOYEUR

COMMENTAIRES:

Date d'embauche:

Département:

Poste:

Salaire de départ: