



Brossard

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

2001, boulevard Rome
Brossard (Québec) J4W 3K5

Téléphone : (450) 923-6300
Télécopieur : (450) 923-6786
Courriel : resshum@ville.brossard.qc.ca

DEMANDE D'EMPLOI

(CANDIDAT EXTERNE SEULEMENT)

Veillez remplir ce formulaire en lettres moulées

1. TITRE DE L'EMPLOI POSTULÉ	2. NUMÉRO DE CONCOURS <i>(s'il y a lieu)</i>

3. AUTRES EMPLOIS DÉSIRÉS <i>(Précisez)</i>	4. NUMÉRO DE CONCOURS <i>(s'il y a lieu)</i>

5. GENRE D'EMPLOI DÉSIRÉ Régulier temps plein Régulier temps partiel Temporaire Emploi étudiant

6. À QUELLE DATE POURRIEZ-VOUS ENTRER EN FONCTION ?

7. IDENTIFICATION

Nom		Prénom		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse (N°, rue, appartement)					
Municipalité		Province		Code postal	
Numéros de téléphone		Indicatif régional Résidence		Indicatif régional Lieu de travail	
()		()		()	
Adresse de courrier électronique :					
AVEZ-VOUS LE DROIT DE TRAVAILLER AU CANADA ? <i>(Ce droit est reconnu aux citoyens canadiens, aux immigrants reçus et aux détenteurs d'un permis de travail)</i>				<input type="checkbox"/> Oui	
				<input type="checkbox"/> Non _____ N° de permis	

8. QUELLES SONT VOS HEURES DE DISPONIBILITÉ :

JOURS	JOUR		SOIR		NUIT	
	De	À	De	À	De	À
LUNDI						
MARDI						
MERCREDI						
JEUDI						
VENREDI						
SAMEDI						
DIMANCHE						

Accepteriez-vous de travailler le... ?

 Jour/soir/nuite : Oui Non
 Samedi/dimanche : Oui Non

11. ÉTUDES, FORMATION ET PERFECTIONNEMENT

Études universitaires et postuniversitaires				
Années De À		Nom de l'institution	Discipline/spécialité	Diplôme ou dernière année d'études terminée ou réussie
Études collégiales				
Années De À		Nom de l'institution	Discipline/spécialité	Diplôme ou dernière année d'études terminée ou réussie
Études secondaires				
Années De À		Nom de l'institution	Discipline/spécialité	Diplôme ou dernière année d'études terminée ou réussie
Autres formations				
Cours de recyclage, de perfectionnement, etc. (<i>précisez</i>) :				

12. AUTRES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES

Premiers soins : Oui Non Camps de jour : Oui Non

Précisez : _____
:

Déterminez-vous :

✓ Un certificat de qualification ? Oui Non
Si oui, précisez : _____

✓ Une carte d'accès au chantier de construction ? Oui (*joindre une copie*) Non
Si oui, précisez : _____

✓ Une carte de SIMDUT ? Oui (*joindre attestation*) Non

Êtes-vous membre d'un ordre ou d'une association professionnelle ? Oui Non
Si oui, précisez : _____

Êtes-vous détenteur d'un permis de conduire valide ? Oui Non
Classe _____ Restriction(s) _____

Si c'est nécessaire pour l'emploi, pourriez-vous disposer d'un véhicule ? Oui Non

13. CONNAISSANCES EN INFORMATIQUE

Veillez indiquer votre niveau de connaissance pour chacun des logiciels suivants :

Traitement de texte (<i>précisez</i>)	<input type="checkbox"/> Aucune notion	Chiffrier électronique (<i>précisez</i>)	<input type="checkbox"/> Aucune notion
_____	<input type="checkbox"/> Débutant	_____	<input type="checkbox"/> Débutant
	<input type="checkbox"/> Intermédiaire		<input type="checkbox"/> Intermédiaire
	<input type="checkbox"/> Avancé		<input type="checkbox"/> Avancé

Vitesse au clavier () mots/minute

Autres (*précisez*) :

14. CONNAISSANCES LINGUISTIQUES

Connaissances linguistiques [*cochez la (les) case(s) appropriée(s)*] :

	Écrit peu	Écrit bien	Parle peu	Parle bien
Français	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anglais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres (*précisez*) :

15. RÉFÉRENCES

Nous autorisez-vous à demander des références à :

Votre employeur actuel Oui Non

Vos employeurs précédents : Oui Non

16. AUTRES RENSEIGNEMENTS

Votre état de santé vous permet-il d'exercer toutes les tâches de l'emploi postulé : Oui Non

Si non, dites comment cela pourrait nuire à votre travail :

Si vous êtes une personne handicapée, vous pouvez nous indiquer l'aide particulière dont vous pouvez avoir besoin au cours du processus de sélection :

Avez-vous déjà été reconnu (e) coupable d'un délit civil ou criminel ? Oui Non

17. DÉCLARATION

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont, à ma connaissance, véridiques et complets.
Je comprends qu'une toute fausse déclaration ou omission volontaire, totale ou partielle, peut entraîner le rejet de ma candidature ou mon renvoi.

J'accepte de me conformer aux conditions suivantes :

1. Je consens à subir, lors de mon engagement, tout examen médical jugé nécessaire par la Ville de Brossard.
2. Si j'ai autorisé la Ville de Brossard à prendre des références quant à mon emploi actuel ou mes emplois précédents, je libère de toute responsabilité ou obligation toutes les personnes, les entreprises et les associations qui fourniront des renseignements à mon sujet.

Date

Signature

Note : La Direction des ressources humaines conservera votre demande d'emploi pour une durée de six (6) mois à compter de sa date de réception.