



INFORMATION DE L'APPLICANT			
Nom		Prénom	Initiale
Rue		Date	# Appartement
Adresse			
Ville		Province	Code Postal
Téléphone		Courriel	
Date Disponible	# Assurance Sociale	Salaire recherché	
Position recherchée			
Planificateur <input type="checkbox"/>	Opérateur d'excavatrice <input type="checkbox"/>	Opérateur de tarière <input type="checkbox"/>	Contremaître <input type="checkbox"/>
Main d'oeuvre <input type="checkbox"/>	Superviseur <input type="checkbox"/>	Expédition et réception <input type="checkbox"/>	Estimateur <input type="checkbox"/>
Gestion <input type="checkbox"/>	Secrétaire <input type="checkbox"/>	Ventés <input type="checkbox"/>	Soudeur <input type="checkbox"/>
Installateur de Glissières <input type="checkbox"/>	Installateur de clôture <input type="checkbox"/>	Electriciens <input type="checkbox"/>	Opérateur de camion à grue mobile <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà travaillé pour cette compagnie?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, quel division?		En quel année?	
Êtes-vous éligible à travailler au Canada?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

ÉDUCATION			
Secondaire		Adresse	
De	À	Avez-vous gradué?	Degré
		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Collège		Adresse	
De	À	Avez-vous gradué?	Degré
		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

RÉFÉRENCES	
<i>Veillez indiquer trois références professionnelles.</i>	
Nom	Relation
Occupation	Téléphone ()
Nom	Relation
Occupation	Téléphone ()
Nom	Relation
Occupation	Téléphone ()

EMPLOIS PRÉCÉDANTS			
Compagnie		Téléphone	Pouvons-nous contacter cette compagnie? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Adresse		Superviseur	
Titre	Salaire début	\$ /heure	Salaire fin \$ /heure
Responsibilités			
De	À	Raison du départ	

Je vous prie d'exclure toute mention d'aucune organisation qui pourrait indiquer la race, la religion, le statut matrimonial, l'âge, la couleur, le genre, les ancêtres, les convictions politiques, l'orientation sexuelle, le pays d'origine, un handicap physique ou déficience mentale. Le ou la soussigné(e) reconnaît que les déclarations et renseignements précédents représentent entièrement et véritablement l'information personnelle véritable et sincère du candidat à la date de cette demande d'emploi. En signant cette formule, le ou la soussigné(e) reconnaît que pour déterminé s'il ou si elle possède les qualités requises pour occuper le poste pour lequel il ou elle fait la demande, une enquête peut être entamée par l'employeur pour vérifier l'information fourni ci-dessus et de plus, consent de mettre à jour, sur demande, cette information, et il ou elle autorise la compagnie à communiquer avec son employeur précédent.

SIGNATURE

DATE

*Si envoyer par courriel, veuillez cocher l'espace approprié.

J'accepte
 Je n'accepte pas