

DEMANDE D'EMPLOI

Nom : _____ Prénom : _____

Tél. Résidence : _____ Cellulaire : _____

Adresse Courriel : _____

Le présent formulaire a pour objet l'étude de votre demande d'emploi. En cas d'embauche, il sera joint à votre dossier d'employé. Auront accès à ce dossier : le bureau du personnel, le directeur général et les membres du conseil d'administration. En cas d'embauche, votre supérieur immédiat y aura également accès.

Les demandes d'emploi et les documents fournis sont conservés pendant douze (12) mois. Pour renouvellement, communiquer avec le service du personnel au numéro de téléphone 819 373-4533.

Emploi postulé

Employé(e) de bureau	<input type="checkbox"/>	Chauffeur(e)	<input type="checkbox"/>
Employé(e) de garage	<input type="checkbox"/>	Préposé(e) à l'entretien	<input type="checkbox"/>
Mécanicien	<input type="checkbox"/>		

Disponibilité

Temps partiel	<input type="checkbox"/>	Temps plein	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	-------------	--------------------------

STTR

Demande d'emploi

Permis de conduire: _____

Classes: _____ Expiration : _____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom (lettres moulées)

Prénom (lettres moulées)

Adresse

Municipalité

Code postal

_____-_____-_____
assurance-sociale (pour le service de la paye)

Date de naissance :

Poids : _____ Taille : _____

FORMATION

Niveau	Institution	Durée		Option ou spécialité	Certificat obtenu	
		de	à		oui	Non
Secondaire						
Collégial						
Universitaire						
Autres						
Autres						

LANGUES

Indiquez si vous parlez le
si vous lisez le
si vous écrivez le

français
français
français

anglais
anglais
anglais

DISPONIBILITÉ

Je suis disponible pour travailler :

sur les quarts de travail jour/soir
samedi et dimanche

oui non
oui non

EMPLOIS PRÉCÉDENTS
Commencez par le plus récent

Employeur : _____ Date : de _____ à _____
Adresse : _____ Ville : _____
Téléphone : _____ Salaire : _____ taux horaire
Poste occupé : _____ Supérieur immédiat : _____
Raison du départ : _____

Employeur : _____ Date : de _____ à _____
Adresse : _____ Ville : _____
Téléphone : _____ Salaire : _____ taux horaire
Poste occupé : _____ Supérieur immédiat : _____
Raison du départ : _____

Employeur : _____ Date : de _____ à _____
Adresse : _____ Ville : _____
Téléphone : _____ Salaire : _____ taux horaire
Poste occupé : _____ Supérieur immédiat : _____
Raison du départ : _____

Employeur : _____ Date : de _____ à _____
Adresse : _____ Ville : _____
Téléphone : _____ Salaire : _____ taux horaire
Poste occupé : _____ Supérieur immédiat : _____
Raison du départ : _____

RÉFÉRENCES

J'autorise la Société de transport de Trois-Rivières à communiquer avec mes anciens employeurs pour obtenir des références. Je libère de toute responsabilité les personnes ou les sociétés fournissant de telles références.

Nom du candidat : _____ **Date :** _____
(lettres moulées)

Signature : _____

Déclaration de santé de l'employé

N.B. Ce questionnaire a pour but d'obtenir un portrait général de votre condition physique actuelle ainsi que des renseignements sur vos antécédents médicaux. Les renseignements que vous fournissez ne seront utilisés que pour nous assurer que vous possédez les qualités et les aptitudes requises pour l'emploi postulé. Ils nous permettront de déterminer la pertinence d'un examen médical, mais n'impliquent pas nécessairement cet examen.

Nom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____ Taille : _____ Poids : _____

ANTÉCÉDENTS	OUI	NON
Avez-vous déjà eu un accident de travail ou une maladie reliée à votre travail ?		
Une de vos demandes d'assurance a-t-elle été refusée, modifiée ou acceptée avec surprime ?		
Recevez-vous ou avez-vous déjà reçu des prestations d'invalidité ou d'accident ?		

Avez-vous déjà été soigné pour les maladies ou affections suivantes ou en avez-vous ressenti des symptômes ?					
	OUI	NON		OUI	NON
Affection des oreilles			Maladie nerveuse ou mentale		
Alcoolisme ou toxicomanie			Migraines, maux de tête sévères ou chroniques		
Allergies			Troubles cérébraux ou neurologiques		
Arthrite ou rhumatisme			Troubles de l'irritation, de l'estomac ou du foie		
Cancer ou tumeur			Troubles de la colonne vertébrale		
Convulsions (épilepsie, inconscience)			Troubles visuels		
Diabète			Troubles rénaux ou des voies urinaires		
Déficience coronarienne			Troubles des vaisseaux sanguins		
Hypertension artérielle			Troubles pulmonaires		
Maladie du sang ou des glandes					

Présentez-vous une anomalie physique ou une difformité ou souffrez-vous d'une maladie non mentionnée ci-dessus pouvant affecter vos capacités à exécuter le travail relié à l'emploi ? OUI NON

Si OUI, expliquez :

Prenez-vous actuellement des médicaments de façon régulière ? OUI NON

Recevez-vous des soins ou des traitements médicaux ? OUI NON

Devez-vous en recevoir sous peu OUI NON

Si OUI à l'une ou l'autre des questions, expliquez :

Je, soussigné, _____ déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets au meilleur de ma connaissance. J'accepte que toute fausse déclaration ou omission puisse entraîner le refus de ma candidature de même que la perte de mon emploi ou celle d'un droit à tout avantage relié à une pension ou une indemnité en rapport avec mon état de santé. J'autorise, par la présente, la S.T.T.R., à vérifier mes antécédents médicaux.

ET J'AI SIGNÉ,

(signature du candidat)

Date : _____

Autres autorisation

TRANSMISSION D'INFORMATIONS ENTRE EMPLOYEURS

Advenant mon embauche, j'autorise la Société de transport de Trois-Rivières à communiquer à une tierce partie (autre employeur potentiel), suite à ma cessation d'emploi avec ce dernier, des références sur moi, et je le libère de toute responsabilité en regard de ces références.

Nom du candidat (lettres moulées)

Signature

Date

ACCÈS AU DOSSIER

Advenant mon embauche, j'autorise la Société de transport de Trois-Rivières à utiliser les renseignements qu'elle aura obtenu sur moi et qui sont en relation avec mon emploi, quel que soit le dossier dans lequel elle aura recueilli lesdits renseignements, en autant qu'il s'agisse de l'utilisation par les personnes autorisées à avoir accès audits dossiers.

Nom du candidat (lettres moulées)

Signature

Date

ANTÉCÉDENTS CRIMINELS

J'affirme n'avoir aucun antécédent criminel et, lors du processus d'embauche, j'autorise la Société de transport de Trois-Rivières à communiquer avec le ministère de la Justice pour faire les vérifications appropriées.

Nom du candidat (lettres moulées)

Signature

Date

CRITÈRES D'EMBAUCHE

Poste de chauffeur: Diplôme d'études secondaire 5 ou l'équivalent officiel du ministère de l'Éducation.

Relevé récent du dossier de conduite de la S.A.A.Q.

Être détenteur d'un permis de conduire valide depuis au moins 60 mois et posséder la classe 2 avec la mention F.

Le ou la candidat(e) ne doit pas avoir de casier judiciaire. La STTR fera les vérifications appropriées auprès du ministère de la Justice lors du processus d'embauche.

Poste de bureau: Diplôme d'études secondaire 5 ou l'équivalent officiel du ministère de l'Éducation, DEC, certificat ou baccalauréat dans le domaine de l'administration ou du secrétariat.

Poste de garage: Diplôme d'études secondaire 5 ou l'équivalent officiel du ministère de l'Éducation, ou spécialité : mécanicien, débosseleur ou autre.

Permis de conduire (classe 5)

N.B. *Votre candidature sera soumise au comité de sélection seulement sur présentation de tous les documents.*

**VEUILLEZ FAIRE PARVENIR VOTRE DEMANDE D'EMPLOI ET LES DOCUMENTS
EXIGÉS À L'ADRESSE SUIVANTE :**

**Société de transport de Trois-Rivières
2000, rue Bellefeuille, C.P. 696
Trois-Rivières, Québec, G9A 5J3**