



Formulaire de demande d'emploi

Vos informations

Nom:

Votre adresse

Adresse:

Type d'unité :

No d'unité :

Province:

Pays :

Code postal :

Vos coordonnées

Téléphone :

Cellulaire :

Courriel:

Langues

Anglais

Français de base

Français

Espagnol

Grec

Chinois

Italien

Portugais

Allemand

Other

Questions générales

1. Quelles heures êtes-vous disponible pour travailler ?

2. Pour quel poste postulez-vous ?

3. Comment avez-vous entendu parler de nous ?

Publicité

Employé

Relatif

Agence gouvernementale pour l'emploi

Agence d'emploi privée

Autre

Si AUTRE, veuillez préciser comment vous avez entendu parler de nous ?

Référence du nom :



4. À quelle date êtes-vous disponible pour commencer à travailler ?

5. Type d'emploi désiré :

- À plein temps À temps partiel Temporaire Saisonnier

6. Quand êtes-vous disponible pour travailler ?

- Journées Soirs Nuits endant la nuit Samedi Dimanche

7a. Avez-vous un permis de conduire valide?

- Oui Non

7b. Possédez-vous une voiture ?

- Oui Non

7c. Avez-vous une assurance automobile bidirectionnelle?

- Oui Non

8. Êtes-vous prêt à voyager à l'extérieur de Montréal? *Exemple: Rive-Sud, Laval, etc.*

- Oui Non

9. Êtes-vous prêt à effectuer des travaux ménagers légers (une tâche qui fait partie des soins à domicile)?

- Oui Non

10. Avez-vous déjà postulé pour un poste chez Soins d'Or Chez Vous ?

- Oui Non

11. Êtes-vous admissible à travailler au Canada ?

- Oui Non

12. Avez-vous des problèmes de santé / allergies que vous aimeriez que nous sachions et / ou qui pourraient affecter votre travail avec les clients ?

- Oui Non Si OUI, veuillez décrire :

13. Quels sont vos hobbies et intérêts ?

14. Pourquoi aimeriez-vous travailler pour Soins d'Or Chez Vous?

Éducation

1. Avez-vous terminé vos études secondaires?

Oui Non

2. Avez-vous terminé cégep?

Oui Non

3. Avez-vous terminé l'université?

Oui Non

4. Avez-vous terminé un programme de commerce / formation professionnelle?

Oui Non

5. Décrivez et listez les programmes terminés:

Historique d'emploi

Listez vos 3 derniers employeurs, affectations et / ou travaux bénévoles:

1.

Date de début :

Date de fin :

Personne à contacter et numéro de téléphone :

Poste occupé ou titre :

Raison pour quitter :

Résumez la nature de vos responsabilités professionnelles :

Pouvons-nous communiquer avec la personne de contact ci-dessus pour une référence ? Oui Non

2.

Date de début :

Date de fin :

Personne à contacter et numéro de téléphone :

Poste occupé ou titre :

Raison pour quitter :

Résumez la nature de vos responsabilités professionnelles :

Pouvons-nous communiquer avec la personne de contact ci-dessus pour une référence ? Oui Non



3.

Date de début :

Date de fin :

Personne à contacter et numéro de téléphone :

Poste occupé ou titre :

Raison pour quitter :

Résumez la nature de vos
responsabilités professionnelles :

Pouvons-nous communiquer avec la personne
de contact ci-dessus pour une référence ? Oui Non

Veuillez envoyer votre formulaire PDF rempli à:

soinsdorchezvous@gmail.com