



L'ASSOCIATION COOPÉRATIVE
DES PÊCHEURS DE L'ÎLE DE
ISLAND FISHMENS
COOPERATIVE ASSOCIATION LTD.

90, rue Principale, Lamèque, NB E8T 1M8
Tel: 506-344-2204 Fax: 506-344-0413

DEMANDE D'EMPLOI

Page 1 de 2

Date d'émission : 2010
Révision antérieure : 2017-03-10 (5^e version)

Dernière révision : 2018-01-04 (6^e version)
Approuvé par :


Brian Bezeau
Directeur général

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____
année/mois/jour

Adresse : _____

À L'USAGE DU BUREAU

Embauché le : _____

Département : _____

N° de téléphone : _____

N° de cellulaire : _____

Sexe : masculin féminin

Si vous avez un parent membre, son nom et prénom : _____

Est-ce qu'un employé de l'ACPI vous a suggéré de venir remplir ce formulaire ? oui non

Si oui, qui ? _____

Avez-vous déjà travaillé ici : oui non Si oui, combien d'années : de _____ à _____

Poste au moment de l'emploi : _____ Raison du départ : _____

FORMATION ACADÉMIQUE (encerclez votre niveau de scolarité complété)

Années : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Terminé en : 19____ ou 20____

Avez-vous complété un des cours suivants : Chauffeur de camion Chauffeur chariot élévateur (Forklift)

Transformation et qualité supérieure (TQS) Premiers soins Autre (précisez) : _____

Autres formations	Années	Institution	Diplôme reçu
Universitaire, collégial ou autre	de : à :		
Universitaire, collégial ou autre	de : à :		
Universitaire, collégial ou autre	de : à :		

VERSO ⇨

EMPLOIS

Emplois (préférences) : usine de transformation débarquement laveur casseur
 maintenance chauffeur chariot élévateur (forklift) autre (précisez) : _____

Emploi actuel (ou les plus récents)

(1) Nom de la compagnie : _____
 Nom du superviseur : _____ Titre du poste : _____
 Durée de l'emploi : de : _____ à _____ Raison du départ : _____
année/mois année/mois
 Téléphone : () _____

(2) Nom de la compagnie : _____
 Nom du superviseur : _____ Titre du poste : _____
 Durée de l'emploi : de : _____ à _____ Raison du départ : _____
année/mois année/mois
 Téléphone : () _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Advenant votre embauche et afin de nous assurer de votre santé et sécurité, nous vous prions d'aviser le superviseur de toutes informations pertinentes sur votre état de santé qui pourraient nuire à votre santé ou sécurité lors de l'exécution de vos tâches de travail. Exemple si vous souffrez d'une allergie, d'asthme, d'une limitation ou d'une incapacité physique ou autres. Ceci dans le but de vous permettre d'effectuer votre travail en toute sécurité.

Autres commentaires : _____

C-TPAT : **Afin de satisfaire les exigences de notre certification C-TPAT (*Custom-Trade Partnership Against Terrorism*), on nous demande de vérifier le casier judiciaire de tous.**

Seriez-vous d'accord de nous fournir cette information au besoin?

oui _____ (initiales) non _____ (initiales)

Je soussigné(e) _____ certifie que tous les renseignements inscrits sur ce formulaire
(inscrire prénom et nom en lettres moulées)
 sont véridiques. Je sais que toute fausse déclaration de ma part sera considérée comme une raison valable pour l'annulation de cette demande.

Signature : _____ Date : _____

La forme masculine est utilisée sans aucune discrimination.