

RÉF  P  NAS  STAGIAIRE  
 SST  ID  TEST  CVM # \_\_\_\_\_

RETENU :

NON RETENU :

POUR DEMANDE ÉVENTUELLE :

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'Île-de-Montréal

Québec 

Direction des ressources humaines, des  
communications et des affaires juridiques

## Formulaire sociologique

### 1 Identification

Nom(s) :				Prénom :			
<i>*Veuillez inscrire votre nom tel qu'il apparaît sur votre pièce d'identité, soit carte RAMQ, permis de conduire ou passeport.</i>							
Assurance maladie :				N.A.S. :			
<i>*Ces numéros peuvent être inscrits maintenant ou remis lors de la confirmation d'embauche.</i>							
Date de naissance :		Année	Mois	Jour	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		
État civil : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait							
Langues parlées : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre(s) _____							
Adresse actuelle :						Appartement :	
Ville :			Province :			Code postal :	
Adresse courriel :							
Numéro(s) de téléphone :		Résidence :					
		Cellulaire :					
		Urgence : (nom et relation de la personne) :					
Êtes-vous autorisé à travailler au Canada dans les services de santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <small>(Notez que, conformément à la loi canadienne sur l'immigration, pour être autorisé vous devez détenir un permis de travail valide, être immigrant reçu, résident permanent ou citoyen canadien.)</small>							
Avez-vous déjà travaillé dans l'une des installations du CIUSSS Centre-Sud? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date d'arrivée : _____ Date de départ : _____							
Êtes-vous à la retraite? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
<i>Si vous habitez depuis moins de cinq ans à votre adresse actuelle, veuillez indiquer votre adresse précédente.</i>							
Adresse précédente :							
Ville :			Province :			Code postal :	
<b>Espace réservé aux ressources humaines</b>							
0000 - TITRE D'EMPLOI :				CHEF DE SERVICE :			
MATRICULE :		INSTALLATION :		DIRECTION/SERVICE :			
Avez-vous ajouté l'employé à la liste des participants? OUI NON / DATE DE LA JOURNÉE D'ACCUEIL :							
NO DE POSTE :			STATUT ET NOMBRES D'HEURES :				
PÉRIODE DE PROBATION :			SYNDICAT :		SALAIRE ET ÉCHELON :		

## 2 Questionnaire d'identification de la loi sur l'accès à l'égalité en emploi

Sexe :  Féminin  Masculin

Faites-vous partie des peuples Autochtones du Canada?  Oui  Non

(Pour les fins de l'application de la Loi, les Autochtones sont réputés être des Indiens, des Inuits ou des Métis du Canada.)

Faites-vous partie d'une minorité visible?  Oui  Non

Si vous avez répondu oui, veuillez choisir parmi les options suivantes;

Noirs  Asie du sud  Chinois  Coréens  Japonais  Asie du Sud-est  Philippins

Ile du Pacifique  Asie occ. et Arabes  Latino-Américains

(Les membres des minorités visibles sont des personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race ou de couleur blanche.)

Faites-vous partie d'une minorité ethnique?  Oui  Non

Si vous avez répondu oui, veuillez choisir parmi les options suivantes;

Allemand  Bulgare  Espagnol  Grec  Hongrois  Italien  Polonais  Portugais  Roumain  Russe

Ukrainien  Autre

(Les membres des minorités ethniques sont des personnes autres que les Autochtones et les personnes d'une minorité visible, dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais.)

Est-ce que votre langue maternelle est l'anglais?  oui  non

Êtes-vous une personne handicapée?  Oui  Non

(Une personne handicapée est «toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes.»)

## 3 Stages

Avez-vous effectué un stage au CIUSSS-du-Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal ?  Oui  Non

Date de début : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_

Lieu du stage : \_\_\_\_\_

Diplôme obtenu ou en voie d'obtention : \_\_\_\_\_ (Date obtention ou date prévue) \_\_\_\_\_

## 4 Déclaration du candidat

Je, soussigné, certifie que les renseignements donnés sont complets et exacts. Je comprends qu'une fausse déclaration peut entraîner le rejet de ma candidature.

J'autorise le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal à prendre des références auprès de mes anciens employeurs ainsi qu'à communiquer et recevoir tous renseignements nécessaires.

J'autorise le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal à procéder à une vérification de mon dossier scolaire auprès du Ministère de l'éducation, du Loisir et du Sport (MELS) ou de l'établissement scolaire concerné.

Je consens à subir un examen médical par le médecin désigné par la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, comme condition d'embauche.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_