

Pour une carrière qui vous sort de l'ordinaire

Service de dotation
7070, boul, Perras
Montréal Québec H1E 1A4
Télécopieur : 514 323-9204
Courriel : dotationgrh.hrdp@ssss.gouv.qc.ca

www.hrdp.qc.ca

Affilié à l'Université de Montréal, l'HRDP est un chef de file et un expert hautement reconnu, tant au niveau régional, national, qu'international pour qui s'intéresse à ce que la science a de mieux à offrir aux jeunes aux prises avec un problème grave de santé mentale. L'HRDP offre des soins et services en cliniques spécialisées et surspécialisées, en hôpital de jour ou en hospitalisation de courte et moyenne durée.

OFFRE DE SERVICE

Les renseignements demandés sont nécessaires à l'appréciation de votre candidature.
Veuillez répondre à toutes les questions de façon précise et complète.

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom _____
Prénom _____ Nom _____

Adresse _____
No _____ Rue _____ App _____ Ville _____ Prov _____ Code postal _____

Téléphone(s) _____
Ind. Rég. _____ Résidence _____ Ind. Rég. _____ Bureau _____ Ind. Rég. _____ Autre _____

Courrier électronique : _____ @ _____

2. EMPLOI POSTULÉ

1. _____ Date approximative de disponibilité _____
2. _____
3. _____
Année/mois/jour _____

Pour bien faire valoir votre candidature, vous pouvez nous faire part de tout handicap qui nécessiterait l'adaptation de nos méthodes de sélection (entrevues, tests, etc) à votre situation.

3. DISPONIBILITÉ

	Temps complet	Temps partiel	Occasionnel	Acceptez-vous de faire de la rotation? (quart de jour, soir, nuit)
Jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acceptez-vous de travailler les fins de semaines? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous la citoyenneté canadienne?				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si non, avez-vous le statut de résident permanent?				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

4. ACCÈS À L'ÉGALITÉ

L'Hôpital Rivière-des-Prairies souscrit à la loi sur l'accès à l'égalité en emploi dans les organismes publics. Cette loi vise à favoriser l'égalité à l'emploi pour les femmes, les autochtones, les membres des minorités visibles et les membres des minorités ethniques de langue maternelle autre que le français et l'anglais. Les renseignements demandés ci-dessous seront utilisés exclusivement à cette fin.

Vous identifiez-vous comme une personne handicapée? Oui Non

Vous identifiez vous comme autochtone? Oui Non

Vous identifiez-vous comme un membre d'une minorité visible? Oui Non

Sexe : Féminin Masculin Nationalité : _____

Langue maternelle Français Anglais Autre (précisez) _____

5. FORMATION ET PERFECTIONNEMENT

Si vous avez obtenu vos certificats ou diplômes à l'extérieur du Québec, faites-en établir l'équivalence en vous adressant au Ministère québécois des Relations avec les citoyens et de l'immigration. Si vous avez obtenu vos certificats ou diplômes au Québec et que vous avez besoin d'une équivalence, adressez-vous à une commission scolaire, à un collège ou à une université selon la scolarité.

Enseignement secondaire (incluant DEP)

De	année	mois	À	année	mois	Titre du diplôme obtenu ou dernière année d'études réussies
----	-------	------	---	-------	------	---

Spécialité s'il y a lieu	Nom de l'établissement
--------------------------	------------------------

Lieu de l'établissement	Date d'obtention du diplôme (si vous étudiez présentement, inscrivez la date prévue d'obtention du diplôme secondaire)	Année	mois
-------------------------	--	-------	------

Enseignement collégial

De	année	mois	À	année	mois	Titre du diplôme obtenu ou dernière année d'études réussies
----	-------	------	---	-------	------	---

Spécialité s'il y a lieu	Nom de l'établissement
--------------------------	------------------------

Lieu de l'établissement	Date d'obtention du diplôme (si vous étudiez présentement, inscrivez la date prévue d'obtention du diplôme collégial)	Année	mois
-------------------------	---	-------	------

Enseignement universitaire

De	année	mois	À	année	mois	Titre du diplôme obtenu ou dernière année d'études réussies
----	-------	------	---	-------	------	---

Spécialité s'il y a lieu	Nom de l'établissement
--------------------------	------------------------

Lieu de l'établissement	Date d'obtention du diplôme (si vous étudiez présentement, inscrivez la date prévue d'obtention du diplôme universitaire)	Année	mois
-------------------------	---	-------	------

Titre de la thèse ou du mémoire (essai) s'il y a lieu	Nombre de crédits obtenus : <input type="text"/>
---	--

De	année	mois	À	année	mois	Titre du diplôme obtenu ou dernière année d'études réussies
----	-------	------	---	-------	------	---

Spécialité s'il y a lieu	Nom de l'établissement
--------------------------	------------------------

Lieu de l'établissement	Date d'obtention du diplôme (si vous étudiez présentement, inscrivez la date prévue d'obtention du diplôme universitaire)	Année	mois
-------------------------	---	-------	------

Titre de la thèse ou du mémoire (essai) s'il y a lieu	Nombre de crédits obtenus : <input type="text"/>
---	--

De	année	mois	À	année	mois	Titre du diplôme obtenu ou dernière année d'études réussies
----	-------	------	---	-------	------	---

Spécialité s'il y a lieu	Nom de l'établissement
--------------------------	------------------------

Lieu de l'établissement	Date d'obtention du diplôme (si vous étudiez présentement, inscrivez la date prévue d'obtention du diplôme universitaire)	Année	mois
-------------------------	---	-------	------

Titre de la thèse ou du mémoire (essai) s'il y a lieu	Nombre de crédits obtenus : <input type="text"/>
---	--

Autres qualifications		
Détenez-vous un certificat de qualification? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, précisez : _____
Êtes-vous membre d'une association ou ordre professionnel? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, précisez : _____
Êtes-vous détenteur d'un permis de conduire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, classe : _____
Langues parlées <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Langues écrites <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Autres langues : (précisez) _____
Logiciels connus (précisez) <input type="checkbox"/> MS Word <input type="checkbox"/> PowerPoint <input type="checkbox"/> Excel <input type="checkbox"/> Access <input type="checkbox"/> Lotus Notes <input type="checkbox"/> Autre _____		
Autres compétences professionnelles: _____		

6. EXPÉRIENCE DE TRAVAIL

Il est important de mentionner tous les emplois que vous avez occupés, qu'ils soient à temps plein ou à temps partiel, rémunérés ou non rémunérés à l'exception des stages obligatoires : **commencez par le plus récent** en précisant bien les dates.

Emploi actuel									
De	année	mois	À	année	mois	Titre d'emploi		Nom de l'entreprise	
Adresse de l'entreprise					Nom et titre de votre supérieur immédiat				
Téléphone				poste	Télécopieur				
Raison du départ					Références				
Décrivez brièvement vos fonctions									

Emploi antérieur									
De	année	mois	À	année	mois	Titre d'emploi		Nom de l'entreprise	
Adresse de l'entreprise					Nom et titre de votre supérieur immédiat				
Téléphone				poste	Télécopieur				
Raison du départ					Références				
Décrivez brièvement vos fonctions									

Emploi antérieur									
De	année	mois	À	année	mois	Titre d'emploi		Nom de l'entreprise	
Adresse de l'entreprise					Nom et titre de votre supérieur immédiat				
Téléphone				poste	Télécopieur				
Raison du départ					Références				
Décrivez brièvement vos fonctions									

