**\*\*\* Pour obtenir de l’aide sur les champs à compléter, faites F1 sur le champ désiré.**

|  |  |
| --- | --- |
| Numéro du poste affiché : |       |
| Numéro de l’affichage : |       |
| Date fin d’affichage : |       |
| Prénom et nom : |       |
| Numéro d’employé : |      |
| Titre d’emploi : | Administratif :  |  |
|  | Clinique :  |  |
| Programme actuel : |  |

SVP, acheminer ce formulaire **par courriel avant la date de fin de l’affichage** à:

Par courriel : DRHCAJ@ssss.gouv.qc.ca

**Note : seuls les formulaires d’application pour un poste reçu par courriel avant la date de fin de l’affichage du poste seront considérés.**

SECTION RÉSERVÉE AUX RESSOURCES HUMAINES

|  |  |
| --- | --- |
| Reçu par : |  |
| Le :  |  |