

FORMULAIRE DE DÉPÔT DE CANDIDATURE

Le présent formulaire peut être complété **seulement par les employés absents du travail** pour la période complète de l'affichage.

Le présent formulaire doit être acheminé à la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) AVANT 16h00, la dernière journée prévue de l'affichage.

Vous pouvez soit : (1) le remplir à l'écran, puis l'imprimer pour ensuite le signer ; ou encore :

(2) l'imprimer, le remplir à la main, puis le signer.

Par la suite, vous devez soit : le télécopier au 450.470.2642 ou le numériser et le transmettre par courriel à l'adresse suivante : drhcaj@sss.gouv.qc.ca. Vous pouvez aussi mandater un tiers afin qu'il dépose votre candidature pour vous (vous devez alors compléter la case **Procuration** apparaissant au bas du formulaire).

NOM : _____ PRÉNOM : _____

TITRE D'EMPLOI : _____

No de l'employé : _____ Poste téléphonique : _____

SYNDICAT :	<input type="checkbox"/> FIQ	<input type="checkbox"/> CSN Gr. 2	<input type="checkbox"/> CSN Gr. 3	<input type="checkbox"/> APTS
STATUT ACTUEL:	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Temps partiel	<input type="checkbox"/> Temps complet	_____ Jours/quinzaine
QUART:	<input type="checkbox"/> Jour	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Nuit	<input type="checkbox"/> Rotation

SERVICE OU CENTRE D'ACTIVITÉ ACTUEL: _____

ABSENCE

MOTIF : Congé annuel (vacances) Congé parental Congé sans solde Absence pour invalidité

DATE DU : _____ AU _____

Indiquez les numéros d'affichage désirés, selon l'ordre de priorité.

Si vous déposez votre candidature pour plus de vingt (20) postes, veuillez remplir une seconde feuille et bien indiquer FEUILLE # 2 sur cette dernière.

CHOIX # 1	CHOIX # 2	CHOIX # 3	CHOIX # 4	CHOIX # 5
_____	_____	_____	_____	_____
CHOIX # 6	CHOIX # 7	CHOIX # 8	CHOIX # 9	CHOIX # 10
_____	_____	_____	_____	_____
CHOIX # 11	CHOIX # 12	CHOIX # 13	CHOIX # 14	CHOIX # 15
_____	_____	_____	_____	_____
CHOIX # 16	CHOIX # 17	CHOIX # 18	CHOIX # 19	CHOIX # 20
_____	_____	_____	_____	_____

Signature : _____ Date : _____

Procuration : à la demande du salarié identifié ci-dessus, ce formulaire est déposé son représentant:

Nom du représentant (en lettres moulées) : _____

Signature : _____ Date : _____