



SERVICE DE SANTÉ MALO Inc.  
11883 Ave. Nicolas-Appert  
Montréal Québec  
H1E 2R8  
(514) 648-9778

## Demande d'emploi

Titre de l'emploi: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_, (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_, (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Télé avertisseur: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Date de naissance: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale: \_\_\_\_\_

Numéro du permis de pratique: \_\_\_\_\_

Avez-vous une discipline particulière dans le domaine médical ? oui non

Si oui, précisez \_\_\_\_\_

Possédez-vous une voiture ? oui non

Travaillez-vous présentement? oui non

Si oui, veuillez indiquer l'endroit: \_\_\_\_\_

### Expérience et spécialités:

**Chirurgie:** expér. \_\_, oui non **Psychiatrie:** expér. \_\_, oui non

**Gériatrie:** expér. \_\_, oui non **Soins intensifs:** expér. \_\_, oui non

**Prélèvement:** expér. \_\_, oui non **Soins prolongés:** expér. \_\_, oui non

**CLSC:** expér. \_\_, oui non **Urgence:** expér. \_\_, oui non

**Médecine:** expér. \_\_, oui non **Autres:** expér. \_\_, oui non

**Autres précisez :** \_\_\_\_\_

Exemple: **Chirurgie:** expér. 01,  oui non (1 ans d'expérience dans le secteur de la chirurgie).

Langues parlées: Français Anglais Autres

Autres: \_\_\_\_\_

Langues écrites: Français Anglais Autres

Autres: \_\_\_\_\_

Disponibilités: Jour Soir Nuit

À compter du: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Catégorie d'emploi: salarié ou travailleur autonome

Avez-vous le droit de travailler au Canada ? oui non

Avez-vous déjà été condamné pour une offense médicale ou criminelle ? oui non

J'atteste que mes réponses à ce questionnaire sont complètes et conformes à la vérité sachant qu'une fausse déclaration peut être une cause suffisante d'annulation de la demande ou de congédiement.

Signature \_\_\_\_\_ date \_\_/\_\_/\_\_\_\_