

7. Adresse complète du lieu de travail incluant le numéro et le nom de la rue, édifice, ville, province et code postal :
8. Date prévue du début de l'emploi/stage (AAAA/MM/JJ) : Date prévue de la fin de l'emploi/stage (AAAA/MM/JJ) :
9. Décrire les tâches principales de l'emploi/stage :
10. Exigences minimales de scolarité relatives au poste/stage :
11. Autres formations requises pour le poste/stage (le cas échéant) :
12. Expérience ou compétences minimales requises pour le poste :
13. L'emploi/stage exige-t-il que les travailleurs obtiennent une certification, une autorisation ou un permis provincial ou fédéral spécial ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

DÉTAILS SUR LA RÉMUNÉRATION (en dollars canadiens)

14. Est-ce que la personne sera rémunérée pour l'emploi/stage? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, d'où provient le financement?
15. Type de salaire <input type="checkbox"/> Salaire fixe Montant : <input type="checkbox"/> Salaire à taux horaire Taux : <input type="checkbox"/> Bourse Montant :
16. Nombre d'heures de travail par jour : Nombre d'heures de travail par semaine : Nombre d'heures de travail par mois :
17. Taux de rémunération des heures supplémentaires, le cas échéant :
18. Nombre d'heures par semaine après lequel la rémunération des heures supplémentaire s'applique :
19. Autre mode de rémunération, le cas échéant :
20. S'agit-il d'un emploi saisonnier? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

DÉCLARATION

Nom du demandeur :

Prénom du demandeur :

Nom du travailleur :

Prénom du travailleur :

- Je déclare avoir donné en toute bonne foi des réponses exactes et complètes à toutes les questions du présent formulaire.

- Je m'engage à payer les frais de 230 \$ qui s'appliquent à cette demande dont les fonds proviennent du budget (numéro de compte) _____ .

Signature du demandeur

Date

RÉSERVÉ AUX RESSOURCES HUMAINES

Salaire :	
Vacances : 4 % ou nombre de jours total pour le contrat	
Pension :	
Assurance-vie :	
Assurance santé et dentaire :	
Autre bénéfice :	
Nom de la personne :	
Date :	