

FALLS VILLA/GRAND FALLS MANOR INC.
JOB APPLICATION

(Please print clearly and complete entire application.)
 This job application is valid for one year.

PERSONAL INFORMATION

NAME: _____	PHONE NUMBER: _____
ADDRESS: _____	
DATE OF BIRTH: _____	Sex: F _____ M _____
SOCIAL SECURITY NUMBER (optional) : _____	LANGUAGE SPOKEN AND WRITTEN: _____
DO YOU HAVE A PHYSICAL OR MENTAL ILLNESS THAT COULD LIMIT YOU IN CERTAIN TYPES OF WORK? _____ _____	
HAVE YOU EVER HAD OPERATIONS IN THE PAST OR HAD A SERIOUS ACCIDENT? _____	
IF YES, PLEASE DESCRIBE WHEN AND WHY. _____ _____ _____	
WHAT KIND OF WORK ARE YOU SEEKING (PLEASE SPECIFY): _____	
REGISTRATION NUMBER (FOR NURSES ONLY): _____	
DO YOU WANT TO WORK FULL TIME? _____ OR PART TIME? _____	
WOULD YOU ACCEPT WORKING WEEKENDS AND ROTATIONAL SHIFTS? _____	
IF YOU ARE ACCEPTED, WHEN CAN YOU START? _____	

EDUCATION

(YOU MUST HAVE COMPLETED GRADE 12 OR GED EQUIVALENT)

	PLEASE CIRCULE YEARS COMPLETED	DIPLOMA OR CERTIFICAT PLEASE SPECIFY
COLLEGE OR UNIVERSITY	1 2 3 4 5 6	
OTHER		

OTHER JOBS

*** LIST YOUR PREVIOUS JOBS STARTING WITH THE MOST RECENT ONE**

EMPLOYER	FROM: MONTH/YEAR	TO: MONTH/YEAR	WHAT KIND OF WORK	NAME OF SUPERVISOR
1)				
2)				
3)				

CAN WE CONTACT YOUR PREVIOUS EMPLOYERS ABOVE?

IF NOT, PLEASE TELL US WHICH ONES WE CANNOT CONTACT?

DO YOU HAVE OTHER EXPERIENCE, KNOWLEDGE OR SKILLS THAT WOULD HELP YOU QUALIFY FOR A JOB WITH OUR ORGANIZATION?

I HEREBY DECLARE THAT ALL THE INFORMATION AND ANSWERS INDICATED ON THIS JOB APPLICATION ARE TRUE AND FAIR, AND THAT I HAVE READ ALL THE CONTENTS IN THIS JOB APPLICATION. BY BECOMING AN EMPLOYEE OF THE FALLS VILLA/GRAND FALLS MANOR, I AM COMMITTED TO FOLLOWING THE OBJECTIVES, POLICIES AND REGULATIONS ESTABLISHED BY THE ORGANIZATION.

DATE: _____ SIGNATURE OF APPLICANT: _____

VILLA DES CHUTES/MANOIR DE GRAND-SAULT INC.
DEMANDE D'EMPLOI

(Imprimer lisiblement et remplir la demande au complet.)
Cette demande d'emploi est valide que pour un an après qu'elle fut postulée.

INFORMATION PERSONNELLE

Nom: _____	Numéro de téléphone: _____
Adresse actuelle: _____	
Date de naissance: _____	Sexe: F _____ M _____
Numéro d'assurance sociale: _____	Langue parlée: _____ Langue écrite: _____
Avez-vous souffert ou souffrez-vous de maladies physiques ou mentales qui peuvent, selon vous, limiter votre compétence dans certains genres de travaux? _____ _____	
Avez-vous déjà subi des opérations/des accidents graves? _____	
Si oui, décrivez la nature et spécifiez quand. _____ _____ _____	
Quel genre de travail désiré (spécifier département): _____	
Numéro d'enregistrement (infirmière seulement): _____	
Voulez-vous travailler à temps plein? _____ à temps partiel? _____	
Accepteriez-vous le travail par rotation et les fins de semaine? _____	
Si votre demande est acceptée, quand pouvez-vous commencer à travailler? _____	

ÉDUCATION

(Tout postulant doit avoir complété la douzième année)

	Encercler la dernière année d'étude complétée	Diplômes ou certificats
Collège/Université	1 2 3 4 5 6	
Autres		

RELEVÉ DES EMPLOIS

* Énumérer vos emplois antérieurs en commençant par le plus récent.

EMPLOYEUR	DE MOIS/ANNÉE	À MOIS/ANNÉE	GENRE DE TRAVAIL	SUPERVISEUR
1)				
2)				
3)				

Pouvons-nous consulter les employeurs ci-dessus? _____

Si non, indiquez ceux que vous ne désirez pas voir consultés. _____

Possédez-vous d'autres expériences, connaissances ou aptitudes que vous croyez être de nature à vous qualifier pour un emploi avec notre organisation? _____

Par la présente, je déclare que toutes les informations et réponses indiquées sur cette demande d'emploi sont vraies et justes, et que j'ai pris connaissance de tout le contenu dans cette demande d'emploi ou l'emploi en cours. En devenant employé de la Villa des Chutes, je m'engage à suivre les objectifs, les politiques et les règlements établis par l'organisation.

Date: _____

Signature: _____