

# 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: _____	
EMAIL 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 CIRCLE YEARS COMPLETED	DIPLOMA OR CERTIFICATE 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 : \_\_\_\_\_

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

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale (optionnel) : \_\_\_\_\_ Langue parlée et 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 ou GED)**

	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: \_\_\_\_\_