

**SECTION 1 – INFORMATIONS PERSONNELLES**

Le candidat doit lire, compléter et signer le document. Le remettre avec tous les documents exigés selon la Loi 430, pour être admissible à un emploi de conducteur de véhicule lourd.

**DATE DE LA DEMANDE**

Jour/Mois/Année

Emploi postulé **Conducteur de véhicule lourd**

Lieu **Bécancour, QC**

Territoires Canada USA QC Ontario Maritimes

**Prénom(s)**

**Nom**

**Adresse**

Numéro civique Rue

**Ville**

Province

**Code postal**

**Téléphone Rés.**

**Cellulaire**

**Taille**

**Poids**

**N.A.S.**

**Date naissance**

Jour/Mois/Année

**SECTION 2 – ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES/EXPÉRIENCE ET QUALIFICATIONS**

**No permis**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**Classe**

**Date d'expiration**

Mois/Année

**Restrictions**

**Province émettrice**

**Mentions qui apparaissent sur votre permis**

Transmission manuelle (M) Oui Non Freinage pneumatique (F) Oui Non

Grand train routier (T) Oui Non Nombre de points d'inaptitude

Vous êtes-vous déjà vu refuser un permis pour un véhicule commercial ? Oui Non  
 Si vous avez répondu oui, pourquoi ?

Votre permis a-t-il déjà été révoqué ou suspendu ? Oui Non  
 Si vous avez répondu oui, pourquoi ?

Certification ontarienne sur le réglage des freins pneumatiques à came en « S » ? N/A Oui Non

Certification ontarienne sur l'entretien du système de roulement des véhicules commerciaux ? N/A Oui Non

Avez-vous une connaissance du système de freins pneumatiques ? N/A Oui Non

Certificat de matières dangereuses ? N/A Oui Date d'expiration Mois/Année Non

Faites-vous partie d'un programme de dépistage sur les stupéfiants et l'alcool ? N/A Oui Non  
 Date du dernier test Mois/Année

Nom du candidat

### SECTION 3 – ÉTUDES

Cours	Nombre d'années	Date de sortie Mois/Année	Nom et lieu de l'institution	Spécialisation	Grade, diplôme ou certificat
Primaire					
Secondaire					
Collégial ou universitaire					
Formation en conduite de véhicules lourds					
Autres cours					

Indiquez si vous parlez le français l'anglais autres Spécifiez  
 vous lisez le français l'anglais autres Spécifiez  
 vous écrivez le français l'anglais autres Spécifiez

### SECTION 4 – EXPÉRIENCE DE TRAVAIL

Énumérez ci-dessous les emplois occupés jusqu'ici au cours de 10 dernières années en commençant par le **plus récent**.

**Employeur**

**Adresse**

Numéro civique Rue

**Ville**

Province

**Code postal**

**Fonction**

**De**

Mois/Année

**À**

Mois/Année

**Salaire hebdomadaire au départ**

**Motif du départ**

**Superviseur**

**Téléphone**

**poste**

Ce travail était assujéti aux FMCSR (Federal Motor Carrier Safety Regulations) ..... Oui Non  
 Ce travail était assujéti aux tests de dépistage sur les stupéfiants et l'alcool prévus aux FMCSR ..... Oui Non

**Employeur**

**Adresse**

Numéro civique Rue

**Ville**

Province

**Code postal**

**Fonction**

**De**

Mois/Année

**À**

Mois/Année

**Salaire hebdomadaire au départ**

**Motif du départ**

**Superviseur**

**Téléphone**

**poste**

Ce travail était assujéti aux FMCSR (Federal Motor Carrier Safety Regulations) ..... Oui Non  
 Ce travail était assujéti aux tests de dépistage sur les stupéfiants et l'alcool prévus aux FMCSR ..... Oui Non

Nom du candidat

**Employeur**

**Adresse**

Numéro civique Rue

**Ville**

Province

**Code postal**

**Fonction**

**De**

Mois/Année

**À**

Mois/Année

**Salaire hebdomadaire au départ**

**Motif du départ**

**Superviseur**

**Téléphone**

**poste**

Ce travail était assujéti aux FMCSR (Federal Motor Carrier Safety Regulations) ..... Oui Non  
Ce travail était assujéti aux tests de dépistage sur les stupéfiants et l'alcool prévus aux FMCSR ..... Oui Non

**Employeur**

**Adresse**

Numéro civique Rue

**Ville**

Province

**Code postal**

**Fonction**

**De**

Mois/Année

**À**

Mois/Année

**Salaire hebdomadaire au départ**

**Motif du départ**

**Superviseur**

**Téléphone**

**poste**

Ce travail était assujéti aux FMCSR (Federal Motor Carrier Safety Regulations) ..... Oui Non  
Ce travail était assujéti aux tests de dépistage sur les stupéfiants et l'alcool prévus aux FMCSR ..... Oui Non

**Employeur**

**Adresse**

Numéro civique Rue

**Ville**

Province

**Code postal**

**Fonction**

**De**

Mois/Année

**À**

Mois/Année

**Salaire hebdomadaire au départ**

**Motif du départ**

**Superviseur**

**Téléphone**

**poste**

Ce travail était assujéti aux FMCSR (Federal Motor Carrier Safety Regulations) ..... Oui Non  
Ce travail était assujéti aux tests de dépistage sur les stupéfiants et l'alcool prévus aux FMCSR ..... Oui Non

**Adresse de votre domicile pour les cinq (5) dernières années**

**Adresse**

Numéro civique Rue

**Ville**

Province

**Code postal**

**Adresse**

Numéro civique Rue

**Ville**

Province

**Code postal**

**Adresse**

Numéro civique Rue

**Ville**

Province

**Code postal**

Nom du candidat

**SECTION 5 – CONDUITE**

**A) EXPÉRIENCE DE CONDUITE**

Matériel routier	Type d'expérience Remorques, citernes, etc.	Dates <small>Mois/Année</small>		Km/Milles parcourus	Type de parcours	
		De	À		Local	Longue distance
Camion porteur						
Ensemble tracteur / Semi-remorque						
Train routier						
Plate-forme						
Grand train routier						
Fardier						
Conteneur						
Copeaux / sciures						
Transport spécialisé						
Citerne vrac solide						
Déménagement						
Autres (précisez)						

Genre de moteur(s) utilisé(s)

Genre de transmission utilisée

**États et provinces où vous avez travaillé et nombre d'années**

QC # an	Ont # an	NB # an	NS # an	MB # an	BC # an	ME # an	MI # an
NH # an	NJ # an	NH # an	PA # an	VT # an	RI # an	DE # an	KS # an
MA # an	VA # an	Mexique # an	Autres, précisez				# an

**B) FORMATION** (indiquez votre formation théorique et les cours suivis au niveau de la conduite (s'il y a lieu))

Cours	Date <small>Mois/Année</small>	Nom et lieu du centre d'enseignement	Durée (heures)
Heures de conduite et de travail			
Vérification journalière			
Transport de matières dangereuses			
Dépistage / stupéfiants et alcool			
Arrimage des charges			
Système de roulement			
Freins pneumatiques			
Conduite préventive			
Économie énergétique			
SIMDUT			
Relations avec la clientèle			
Autres (précisez)			

Avez-vous déjà reçu des mentions honorifiques ?

Oui Non

Si oui, spécifiez

Êtes-vous certifié Secouriste en milieu de travail ?

Oui Non

Si oui # certificat

Date

Mois/Année

Date d'expiration

Mois/Année

Nom du candidat

### C) ACCIDENTS, INCIDENTS

Avez-vous déjà eu des accidents ou incidents en rapport avec l'utilisation d'un véhicule lourd ? Oui Non

Si oui, précisez leur nature et la date où ils sont survenus et décrivez brièvement les circonstances :

Y a-t-il eu décès, blessé(s) ou véhicule(s) remorqué(s) ? Oui Non

Vous a-t-on émis un constat d'infraction ? Oui Non

Avez-vous été reconnu responsable de cet accident ? Oui Non

Nom(s) de(s) employeur(s) à ce moment-là

Avez-vous déjà eu des accidents personnels ? Oui Non

Si oui, précifiez

### D) CONTRAVENTIONS, AMENDES

Avez-vous eu des contraventions et/ou des amendes au cours des cinq (5) dernières années, autres que pour violation de stationnement, en rapport avec l'utilisation de véhicules lourds ? Oui Non

Si oui, remplissez les cases suivantes :

Endroit	Date <small>Mois/Année</small>	Nature de la condamnation	Sentence	Points d'inaptitude

## SECTION 6 – EXPÉRIENCE ET QUALIFICATIONS

### A) ENTRETIEN ET RÉPARATION DE VÉHICULES LOURDS

Possédez-vous de l'expérience dans l'entretien et la réparation de véhicules lourds ? Oui Non

Indiquez votre formation et votre expérience (s'il y a lieu)

### B) MANUTENTION

Indiquez votre formation et votre expérience de manutention dans le tableau qui suit (s'il y a lieu)

Équipement / Activité	Formation	Année(s) expérience	Équipement / Activité	Formation	Année(s) expérience
Conduite de chariot élévateur			Arrimage		
Triage de marchandises et compte			Répartition de charge		
Manutention et protection de marchandises			Connaissance et document de transport		

Indiquez votre formation théorique et les cours suivis au niveau de la manutention (s'il y a lieu)

Cours	Date <small>Mois/Année</small>	Nom et lieu de la maison d'enseignement	Spécialisation

Nom du candidat

## SECTION 7 – ANTÉCÉDENTS

### A) ACCIDENT DE TRAVAIL

Avez-vous déjà subi un ou des accidents de travail ? Oui  Non

Si oui, donnez-en les dates en commençant par la plus récente

Mois/Année                      Mois/Année                      Mois/Année

Nom de l'employeur à ce moment-là

Type de blessure alors subie

Avez-vous déjà reçu des prestations de la C.S.S.T. ? Oui  Non

Si oui, en quelle année ?

Mois/Année                      Mois/Année                      Mois/Année

*Ces informations seront vérifiées telle que le permet la Loi sur la santé et la sécurité du travail. Toute omission de renseignement sera considérée comme volontaire de votre part et, par le fait même, interprétée comme une fausse déclaration.*

## SECTION 8 – URGENCE

Advenant que nous ayons à communiquer avec l'un de vos proches, s'il vous plaît nous indiquer le nom, le lien et le numéro de téléphone de la personne à rejoindre :

\* 

* Nom de la personne à rejoindre	Lien	Téléphone maison	Téléphone travail
----------------------------------	------	------------------	-------------------

**\* Inscrire les coordonnées d'une personne ressource AUTRE QUE VOTRE CONJOINT(E).**

<b>CONJOINT(E)</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Époux/épouse / Date	Mois/Année	Conjoint de fait / Date	Mois/Année
		Conjoint uni civilement / Date	Mois/Année
		Nom du (de la) conjoint(e)	Téléphone maison
			Téléphone travail

## SECTION 9 – RÉFÉRENCES

Inscrire deux (2) noms pour que nous puissions obtenir des références sur vous :

Nom pour références	Lien	Téléphone
Nom pour références	Lien	Téléphone

Nom du candidat

## SECTION 9 – LECTURE ET SIGNATURE PAR LE CANDIDAT

Il est convenu et entendu que si je fais une déclaration fautive ou erronée dans le cadre du processus de ma demande d'emploi ou si j'ai omis de fournir des renseignements requis dans le présent formulaire ou ses annexes, je serai passible de renvoi à compter de la découverte de la fautive déclaration ou omission, en conformité avec les exigences de cautionnement (Bond), les règlements internes, les conventions de travail, ainsi que les politiques et procédures de l'entreprise.

Il est convenu et entendu qu'en vertu du « Federal Motor Carrier Safety Regulations », l'entreprise et ses agents peuvent enquêter sur mes antécédents d'emploi, sur ma participation à un programme de dépistage de stupéfiants et d'alcool et/ou sur toutes autres informations en rapport avec la conduite d'un véhicule lourd ou autre. L'entreprise pourra donc vérifier mes états de services et s'assurer que toutes mes déclarations sont exactes auprès des employeurs précédents ou autres.

J'accepte de fournir des renseignements et/ou des documents supplémentaires pour compléter le présent formulaire et de me soumettre à un examen médical auprès d'un médecin choisi ou désigné par l'entreprise. J'autorise, par la présente, l'entreprise à obtenir de mes employeurs précédents les informations consignées au sein des dossiers me concernant et que ceux-ci ont constitués, ainsi qu'auprès de toute autre personne à qui l'entreprise jugerait nécessaire de s'adresser.

Il est convenu que si je suis engagé, je serai soumis à une période d'essai durant laquelle je pourrai être renvoyé sans aucun recours.

Ceci certifie que cette demande d'emploi a été complétée par moi et que toutes les données et informations sont vraies et complètes au meilleur de ma connaissance.



\_\_\_\_\_

Date

Jour/Mois/Année

### Comment avez-vous entendu parlé de Transport O.S.I. ?

**Annonce dans les journaux**

**Centre d'emploi**

**Bottin téléphonique**

**Employé(e) de Transport O.S.I.**

**Autre, spécifiez**