**Formulaire de présentation de**

**demande d’aide financière**

******

******

PROGRAMME D’INCITATIFS POUR LE RECRUTEMENT DE PERSONNEL DANS DES PROFESSIONS RECHERCHÉES AU TÉMISCOUATA

2024-2029

|  |
| --- |
| **CONSIGNES** |
| * Le formulaire doit être rempli en format électronique.
* Le formulaire complet et les documents demandés doivent être déposés chez Service Accès-Emploi.
* Avant de remplir le formulaire, il est recommandé de contacter le soutien chez Service Accès-Emploi au 418 855-2777 poste 0.
 |
| **RESPONSABLE DU PROGRAMME** |
| **Jean-Philippe Bélanger, CRHA, Adm.A.**Président-directeur généralJean-philippe.belanger@accesemploi.org(418) 855-2777 poste 102 | **Dominique Landry, B.Éd.**Directrice générale adjointeDominique.landry@accesemploi.org(418) 855-2777 poste 101 |

|  |
| --- |
| **1. IDENTIFICATION DU CANDIDAT** |
| **Prénom**Prénom |
| **Nom***Nom*  |
| **Adresse actuelle :** *Adresse actuelle du candidat* | **Municipalité :***Cliquer ici* | **Code postal :** *Code postal* |
| **Numéro de téléphone :***Numéro de téléphone* | **Courriel :***Adresse courriel principale*  |
| **Adresse précédente :** *(Information obligatoire)**Adresse précédente.* | **Municipalité :***Municipalité*  | **Durée :***Choisissez un élément.* |

|  |
| --- |
| **2. IDENTIFICATION DE L’EMPLOYEUR** |
| **Nom de l’entreprise ou de l’organisme :***Nom de l’entreprise ou de l’organisme* |
| **Adresse :** *Adresse*  | **Municipalité***Cliquer ici* | **Code postal :** *Code postal* |
| **Numéro de téléphone***Numéro de téléphone* | **Courriel***Adresse courriel principale*  |

|  |
| --- |
| **3. DÉCLARATION DE LA CONFIRMATION D’EMBAUCHE**  |
| L’employeur **Nom de l’employeur** déclare avoir embauché **Nom de la candidate ou du candidat** le **Date d'embauche** pour une période minimale de 12 mois soit jusqu’au **Date de fin de probation** au poste suivant : Cocher le poste plus bas. |
| Secteur de la santé et des services sociaux[ ] Infirmière et infirmier[ ] Infirmière et infirmier auxiliaire[ ] Préposée et préposé aux bénéficiaires[ ] Assistante et assistant technique en pharmacie[ ] Auxiliaire aux services de santé et sociaux[ ] Inhalothérapeute[ ] Préposée et préposé en retraitement des dispositifs médicaux[ ] Sages-femmes[ ] Secrétaire médical[ ] Ergothérapeute[ ] Physiothérapeute[ ] Nutritionniste[ ] Kinésithérapeute[ ] Agente administrative[ ] Technicienne et technicien en diététique[ ] Technicienne et technicien en éducation spécialisée[ ] Technicienne et technicien en génie biomédical[ ] Technicienne et technicien en pharmacie[ ] Technicienne et technicien en travail social[ ] Technicienne et technicien d’intervention en loisir[ ] Technicienne et technicien en orthèse-prothèse[ ] Technologiste médical[ ] Technologue en électrophysiologie médicale[ ] Technologue en imagerie médicale du domaine de la médecine nucléaire[ ] Technologue en imagerie médicale du domaine du radiodiagnostic[ ] Technologue en physiothérapie[ ] Technologue en radiooncologie[ ] Autre : ***Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*** | Secteur de l’éducation[ ] Éducatrice et éducateur spécialisé[ ] Enseignante et enseignant au primaire[ ] Enseignante et enseignant au secondaire[ ] Enseignante et enseignant en adaptation scolaire [ ] Préposée et préposé aux bénéficiaires[ ] Orthopédagogue[ ] Conseillère et conseiller pédagogique[ ] Autre :***Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*** |
| **Nom du signataire :***Nom di signataire* | **Titre du signataire :***Titre du signataire* |
| **Signature :** | **Date de signature :***Date de signature* |

|  |
| --- |
| **4. DOCUMENTS À JOINDRE EN ANNEXE** |
|  |  | **Documents exigés** |
|  |[ ]  Copie de bail signée (si applicable) |
|  |[ ]  Copie du compte taxe de mutation (si applicable) |
|  |[ ]  Copie du diplôme  |

|  |
| --- |
| **5. SIGNATURE**  |
| Je soussigné ou soussignée, ***Nom du candidat***, confirme que les renseignements dans cette demande et les documents annexés sont complets et véridiques et m’engage à fournir aux représentantes et représentants de Service Accès-Emploi toute information nécessaire à l’analyse du projet.  |
| **Signature :**  | **Date :** *Date de signature du formulaire*  |

|  |
| --- |
| **6. DÉPÔT DE LA DEMANDE** |
| Veuillez transmettre votre formulaire de demande et les documents obligatoires annexés au Service Accès-Emploi à une des personnes suivantes : |
| Courrier électronique : | **info@exzeco.com**À l’attention du programme d’incitatifs du milieu de la santé et de l’éducation 2025 |