**Formulaire de présentation de**

**demande d’aide financière**

***Une image contenant texte, Police, logo, Graphique

Le contenu généré par l’IA peut être incorrect.***

***Une image contenant texte, clipart, Graphique, graphisme

Le contenu généré par l’IA peut être incorrect.***

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 général  [Jean-philippe.belanger@accesemploi.org](mailto:Jean-philippe.belanger@accesemploi.org)  (418) 855-2777 poste 102 | **Dominique Landry, B.Éd.**  Directrice générale adjointe  [Dominique.landry@accesemploi.org](mailto:Dominique.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 |