

A

Demande de changement d'emploi

Poste syndiqué / priorité de comblement	Si oui, lesquelles
Pour fin d'analyse des candidatures, à part l'ancienneté, êtes-vous en droit de vous prévaloir de dispositions d'une convention collective ou d'une lettre d'entente ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Poste vacant	
Titre	No de l'avis de poste vacant
Unité structurelle	

Coordonnées		
Nom, prénom(s)	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Personne handicapée <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui *
Matricule	Téléphone personnel	Téléphone bureau
		Poste
*Avez-vous une déficience qui nécessite l'adaptation des méthodes de tests ou d'entrevues ? (Votre réponse nous permettra de choisir les outils les plus appropriés pour évaluer votre candidature.)		

Connaissance des langues		
Parlées <input type="checkbox"/> Français	Écrites <input type="checkbox"/> Français	Lues <input type="checkbox"/> Français
Autres (précisez)	Autres (précisez)	Autres (précisez)

Emploi actuel			
Statut <input type="checkbox"/> Temporaire <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Permanent saisonnier <input type="checkbox"/> Permanent horaire réduit	Titre	Permis de conduire Si oui, de quelle(s) classe(s) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ⇒	
	Assignment temporaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lieu de travail	
Unité structurelle		Nom du syndicat ou de l'association, s'il y a lieu	
Nom du supérieur immédiat	Téléphone Bell	Poste	Téléphone HQ

Réservé à l'administration			
Unité structurelle d'accueil		Entrée en fonction	A M J
Poste budgétaire	Titre d'emploi	Centre de coûts	Devra conduire un véhicule d'HO <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Signature du supérieur immédiat		Titre	A M J

Services de santé			
Centre de santé	Date de réception de la demande	A M J	<input type="checkbox"/> Aucune restriction médicale <input type="checkbox"/> Restriction(s) médicale(s), voir rapport des services de santé aux services administratifs
Commentaires			
Signature		Titre	A M J

Demande de changement d'emploi

Formation académique Curriculum Vitae joint

Niveau	Option et (ou) faculté	Année		Diplôme obtenu ou nombre de crédits obtenus	Nom de l'institution
		De	À		
Secondaire					
DEP / CEC					
Institut de technologie					
CEGEP					
Universitaire					
Autres (précisez)					
Autres (précisez)					

Emploi(s) occupé(s) à Hydro-Québec (y compris les assignations temporaires)

Année	De	À	Titre de l'emploi	Unité administrative

Emplois antérieurs

Année	De	À	Titre de l'emploi	Nom et adresse de l'employeur

Expliquez comment votre expérience vous rend particulièrement apte à occuper les fonctions du poste vacant.

J'atteste que les déclarations ci-dessus sont véridiques.
J'accepte de me soumettre à un examen médical et d'accomplir une période de probation, s'il y a lieu.

Signature	A M J
-----------	-------