

OUVERTURE DE DOSSIER – DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

Veillez d'abord enregistrer le formulaire sur votre poste de travail avant de le remplir électroniquement. Téléchargez [Acrobat Reader](#).

Nom de famille										Prénom										M	F								
Date de naissance AN MS JR										Code régional					Numéro de téléphone (domicile)					Sexe									
Numéro civique					Rue - Ville															Province					Code postal				

Statut au canada Citoyen canadien Préciser _____

Numéro du permis de travail, si requis

Langues maîtrisées Français Anglais Autres

Lu Parlé Écrit

Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom, Prénom _____ Numéro de téléphone (domicile) _____

Adresse (no, rue, app. ville) _____

Scolarité

Secondaire

Nom de l'institution _____ Lieu _____ Début AN MS Fin AN MS

Diplôme obtenu _____ Dernière Année réussie _____ Codification : Année _____ Diplôme _____

Oui Non

Collégial

Nom de l'institution _____ Lieu _____ Début AN MS Fin AN MS

Diplôme obtenu _____ Dernière Année réussie _____ Titre du diplôme _____ Option _____

Oui Non

Codification : Année _____ CRX _____ Option _____ Diplôme _____

Universitaire

Nom de l'institution _____ Lieu _____ Début AN MS Fin AN MS

Diplôme obtenu _____ Dernière Année réussie _____ Titre du diplôme _____ Option _____

Oui Non

Codification : Année _____ CRX _____ Option _____ Diplôme _____

Universitaire

Nom de l'institution _____ Lieu _____ Début AN MS Fin AN MS

Diplôme obtenu _____ Dernière Année réussie _____ Titre du diplôme _____ Option _____

Oui Non

Codification : Année _____ CRX _____ Option _____ Diplôme _____

Universitaire

Nom de l'institution _____ Lieu _____ Début AN MS Fin AN MS

Diplôme obtenu _____ Dernière Année réussie _____ Titre du diplôme _____ Option _____

Oui Non

Codification : Année _____ CRX _____ Option _____ Diplôme _____

Formation complémentaire

Expérience (Débutez par le plus récent emploi)

Avez-vous déjà occupé un emploi à l'Université de Montréal?

Non

Oui

Lequel? _____

Ancien numéro d'employé (matricule) _____

Codification

_____	_____	AN	MS	AN	MS	
Nom de l'employeur	Fonction	Début		Fin		
	Temps plein	Temps partiel	nbs d'heures/sem			C AN MS

_____	_____	AN	MS	AN	MS	
Nom de l'employeur	Fonction	Début		Fin		
	Temps plein	Temps partiel	nbs d'heures/sem			C AN MS

_____	_____	AN	MS	AN	MS	
Nom de l'employeur	Fonction	Début		Fin		
	Temps plein	Temps partiel	nbs d'heures/sem			C AN MS

_____	_____	AN	MS	AN	MS	
Nom de l'employeur	Fonction	Début		Fin		
	Temps plein	Temps partiel	nbs d'heures/sem			C AN MS

_____	_____	AN	MS	AN	MS	
Nom de l'employeur	Fonction	Début		Fin		
	Temps plein	Temps partiel	nbs d'heures/sem			C AN MS

_____	_____	AN	MS	AN	MS	
Nom de l'employeur	Fonction	Début		Fin		
	Temps plein	Temps partiel	nbs d'heures/sem			C AN MS

Expérience reconnue	AN	MS	Conseiller(ère)	_____	Date	_____
---------------------	----	----	-----------------	-------	------	-------

Autorisation et déclaration

Autorisez-vous l'Université de Montréal à communiquer avec vos anciens employeurs?

Oui

Non

J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire (et sur les feuilles annexes, le cas échéant) sont complets et véridiques. Je reconnais que toute omission importante ou toute fausse déclaration peut justifier un renvoi éventuel.
