



Southern Health-Santé Sud
 Regional Office/Bureau régional—Southport
 180 Centenaire Drive/
 180, rue Centenaire
 Southport (MB) R0H 1N1
 T 204-428-2747 | 1-800-742-6509
 F 204-428-2782
 humanresources@southernhealth.ca

Southern Health-Santé Sud
 Regional Office/Bureau régional—La Broquerie
 Box 470, 94 Principale Street/
 CP 470, 94 rue Principale
 La Broquerie (MB) R0A 0W0
 T 204-424-5880 | 1-800-742-6509
 F 204-424-5888
 humanresources@southernhealth.ca

APPLICATION FOR EMPLOYMENT DEMANDE D'EMPLOI

PERSONAL INFORMATION/RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Name/Nom:		
Address/Adresse:		
Telephone Number(s)/N ^{os} de téléphone:		
Email/Courriel:		
Are you legally entitled to work in Canada?/Êtes-vous autorisé(e) à travailler au Canada? <input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non		
Are you aware of any health or physical conditions that could affect performance on the job?/Souffrez-vous présentement d'une affection physique ou d'un problème de santé qui pourrait avoir des incidences sur votre rendement au travail? <input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non		
(Please elaborate/Veuillez préciser):		

POSITION INFORMATION/RENSEIGNEMENTS SPÉCIFIQUES AU POSTE

Position(s) Applied For/Poste(s) recherché(s):	
Date Available/Date de disponibilité:	
Site(s)/Program(s)/Site(s) ou programme(s):	

Current cover letter & resume attached?/Lettre de présentation et curriculum vitae courants en pièce jointe? <input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non
If no, please complete the following Education, Skills and Employment History section./Sinon, veuillez remplir les sections suivantes du formulaire (études, compétences, antécédents d'emploi).

EDUCATION/ÉTUDES

Institution/ Établissement	Location/ Endroit	Dates Attended/ Dates des études	Course, Certificate, Diploma, Degree/ Cours, certificat ou diplôme
High School/ École secondaire			
Post Secondary/ Postsecondaire			

COMPETENCIES/COMPÉTENCES

Describe any of your work related skills, experience or training that relate to the position being applied for./
Décrivez vos compétences, votre expérience et votre formation professionnelles qui sont pertinentes au poste recherché.

EMPLOYMENT HISTORY/ANTÉCÉDENTS D'EMPLOI

List your last **three (3) employers** beginning with the present or most recent./*Indiquez vos trois employeurs les plus récents en commençant par votre présent emploi ou votre emploi le plus récent.*

#1	Dates Employed/Dates d'emploi:		
Employer/Employeur:		Supervisor/Superviseur:	
Address/Adresse:		Telephone Number/N° de téléphone:	
		Email/Courriel:	
Position and Duties/Poste et responsabilités:			
Reason for Leaving/Motifs du départ:			

#2	Dates Employed/ <i>Dates d'emploi</i> :		
Employer/ <i>Employeur</i> :		Supervisor/ <i>Superviseur</i> :	
Address/ <i>Adresse</i> :		Telephone Number/ <i>N° de téléphone</i> :	
		Email/ <i>Courriel</i> :	
Position and Duties/ <i>Poste et responsabilités</i> :			
Reason for Leaving/ <i>Motifs du départ</i> :			

#3	Dates Employed/ <i>Dates d'emploi</i> :		
Employer/ <i>Employeur</i> :		Supervisor/ <i>Superviseur</i> :	
Address/ <i>Adresse</i> :		Telephone Number/ <i>N° de téléphone</i> :	
		Email/ <i>Courriel</i> :	
Position and Duties/ <i>Poste et responsabilités</i> :			
Reason for Leaving/ <i>Motifs du départ</i> :			

LANGUAGES/LANGUES

Please indicate any languages other than English that you speak, read or write./*Veillez indiquer les langues autres que l'anglais dans lesquelles vous pouvez communiquer à l'oral, lecture ou à l'écrit.*

Language/ <i>Langue</i>	Speak/ <i>Parler</i>	Read/ <i>Lecture</i>	Write/ <i>Écrit</i>

SELF DECLARATION/AUTO-DÉCLARATION

Southern Health-Santé Sud encourages Aboriginal people to self-identify by completing the voluntary self-declaration below./*Southern Health-Santé Sud encourage les personnes d'origine autochtone à s'identifier en remplissant le formulaire d'auto-déclaration ci-dessous.*

I/Je, soussigné(e), _____, declare myself to be of Aboriginal descent/*déclare que je suis d'ascendance autochtone.*

Please check the box that applies to you./*Veillez cocher la case qui s'applique à votre situation.*

- First Nations/*Premières nations* (status/*indien inscrit, non-status/non inscrit*)**
 Métis
 Inuit

APPLICANT'S CERTIFICATION AND AGREEMENT/ENGAGEMENT ET ENTENTE DES CANDIDATS(ES)

Have you ever been employed by Southern Health-Santé Sud or any of its affiliates?/Avez-vous déjà été à l'emploi de Southern Health-Santé Sud ou de l'un ou l'autre de ses établissements affiliés? Yes/Oui No/Non

If yes, please list site(s)/program(s) and dates./Si oui, veuillez indiquer les sites ou les programmes et les dates d'emploi.

Site(s)/Program(s)/Site(s) ou programme(s) : _____

Date Employed/Date employé : _____

Start Date/Date de début : _____ End Date/Date de fin : _____

I declare the foregoing information to be true and complete to the best of my knowledge and understand that any misrepresentation or material omission is grounds for refusal to employ me or, if I am employed, for dismissal with cause./Je déclare qu'à ma connaissance, les renseignements ci-dessus sont véridiques et complets. Je comprends que toute information trompeuse ou omission substantielle constitue un motif suffisant de me refuser un emploi ou, si je suis déjà embauché(e), de me congédier pour un motif déterminé.

If employed I agree to abide by the policies, procedures and working conditions established and/or amended from time to time by Southern Health-Santé Sud. I hereby authorize Southern Health-Santé Sud to conduct a personal investigation in connection with my application for employment including a Criminal Record Check, Vulnerable Sector Search, Child Abuse Registry Check and Adult Abuse Registry Check. All costs associated with these checks will be my responsibility./Si je suis embauché(e), j'accepte de me conformer aux politiques, aux procédures et aux conditions de travail établies ou modifiées à l'occasion par Southern Health-Santé Sud. Par les présentes, j'autorise Southern Health-Santé Sud à procéder à une enquête personnelle relativement à ma demande d'emploi, y compris une vérification du casier judiciaire et une vérification du registre concernant les mauvais traitements. Je suis responsable de tous les frais afférents à ces vérifications.

I hereby authorize my current or former employers to release information regarding my record of employment, performance on the job, reason for leaving (if applicable) and other pertinent information./Par la présente, j'autorise mes employeurs actuels ou précédents à communiquer des renseignements concernant mon relevé d'emploi, mon rendement professionnel, les raisons qui ont motivé mon départ (s'il y a lieu) et d'autres renseignements pertinents.

**Signature of Applicant/
Signature du candidat ou de la candidate**

Date

Note: All applications for employment will be kept on file for a six-month time period. We thank you for your application. Only those individuals selected for an interview will be contacted.

Nota: Toutes les demandes d'emploi seront conservées pendant une période de six mois. Nous vous remercions de votre demande d'emploi, mais nous ne communiquerons qu'avec les personnes choisies pour une entrevue.

Together leading the way for a healthier tomorrow.
Ensemble vers un avenir plus sain.