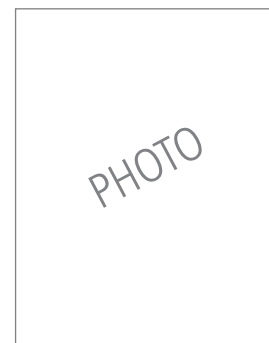


Formulaire de candidature

Pour toutes les candidatures auprès de HEMOSTAZ et étant donné que vous aurez une activité dans le cadre de la santé, nous vous demandons de remplir dûment ce formulaire ainsi que d'y indexer les documents suivants :

- CV et lettre de motivation
- Copie de la pièce d'identité ou permis de séjour
- Copie de la carte AVS
- Copie **recto/verso** du permis de conduire
- Extrait du casier judiciaire **datant de moins de 6 mois**
- Extrait du casier des automobiles (ADMAS) **datant de moins de 6 mois**



Identité

Nom(s) Prénom(s)
(selon la pièce d'identité) (selon la pièce d'identité)

Date de naissance Nationalité

Lieu d'origine Lieu de naissance

Permis de séjour : G B L C aucun permis N° téléphone

Adresse e-mail N° AVS

Adresse

Rue + n° NPA

Ville Pays

État civil

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Pacsé(e) / partenariat enregistré

Profession / Formation

Profession actuelle

Plus haute formation achevée : École obligatoire Formation gymnasiale (culture générale, maturité gymnasiale, maturité spécialisée)

Formation professionnelle initiale (CFC, AFP) Bachelor Master Autre :

Langue

Langue maternelle

Autres langues

Taille / poids

Taille Poids

Véhicule

Permis de conduire :

- B (voiture)
- C (poids lourd > 3.5t)
- C1 (poids lourd 3.5 > 7.5t)
- D1 (TPP)
- A (moto)

Véhicule personnel :

- Voiture
- Scooter
- Moto
- Uniquement les transports publics

Service militaire

Formation militaire : Grade de troupe Sous-officier Sous-officier supérieur Officier Aucune formation militaire
Grade actuel Pays du service militaire

Personne(s) de référence (pas de membres de la famille ni d'amis, min. 1 personne de référence)

1.		2.	
Nom	.....	Nom	.....
Prénom	.....	Prénom	.....
N° téléphone	.....	N° téléphone	.....
E-mail	.....	E-mail	.....
Fonction	.....	Fonction	.....
Employeur	.....	Employeur	.....
3.		4.	
Nom	.....	Nom	.....
Prénom	.....	Prénom	.....
N° téléphone	.....	N° téléphone	.....
E-mail	.....	E-mail	.....
Fonction	.....	Fonction	.....
Employeur	.....	Employeur	.....

Engagement souhaité

Je n'ai pas d'employeur actuellement (étudiant, chômage, premier emploi, ...)
 Je souhaite cumuler un poste avec mon emploi actuel et je souhaite faire environ heures par mois, car je fais heures par mois chez mon autre employeur

Remarques

.....
.....
.....

Le (la) soussigné(e) certifie que les indications susmentionnées sont complètes et exactes.
Il (elle) autorise HEMOSTAZ à demander aux personnes et aux employeurs cités en référence tout renseignement utile à son sujet.
Ces informations seront traitées de manière confidentielle.

Lieu et date Signature