


SERVICE DE LA DOTATION

Autorisation à la vérification des antécédents en protection

Par la présente, j'autorise le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais à procéder à une vérification, auprès du service des archives, de mes antécédents des services reçus à la Direction de la protection de la jeunesse.

L'établissement se réserve le droit de refuser une candidature lorsqu'il y a des motifs de croire que la nature des antécédents entre en conflit avec les services offerts ou les tâches relatives au poste convoité. Le service de dotation ne divulguera aucune information sur le contenu des résultats.

Nom :	Prénom :	Date de naissance		
		aaaa	mm	jj
Adresse actuelle :				
Adresse précédente :				
Poste convoité :				
<input type="checkbox"/> DPJ <input type="checkbox"/> DJ – Centres de réadaptation <input type="checkbox"/> Autre : _____				

	Signer à : _____	Le : _____ (date)
_____	_____	_____
Signature		Témoin

Section réservée à la Direction de la protection de la jeunesse	
<input type="checkbox"/> Aucun empêchement	
<input type="checkbox"/> Empêchement	
Commentaires :	
_____	_____
Signature	Date

****Cette section ne doit pas être transmise au service de dotation****

Section réservée au service des archives	
Nom du candidat : _____	
<input type="checkbox"/> Aucun dossier actif	
<input type="checkbox"/> Dossier actif	
Commentaires :	
_____	_____
Signature de l'archiviste	Date

"Les formulaires doivent être retournés au service de la dotation (Adresse courriel: 07_cisso_dotation@ssss.gouv.qc.ca ou Télécopieur 819-966-9041)