Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais
Québec

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 :		
☐ DPJ ☐ DJ – Centres de réadaptation ☐ Autre : _____		

Signer à : _____ Le : _____ (date)

_____ _____
Signature Témoin

Section réservée à la Direction de la protection de la jeunesse

☐ Aucun empêchement

☐ Empêchement

Commentaires :

_____ _____
Signature Date

Dernière mise à jour le : 2020-08-06

Cette section ne doit pas être transmise au service de dotation

Section réservée au service des archives
Nom du candidat : _____ ☐ Aucun dossier actif ☐ Dossier actif Commentaires : _____ Signature de l'archiviste _____ Date

La DRH doit envoyer le formulaire à l'adresse suivante : 07.verification_empechementsdpj@ssss.gouv.qc.ca

Les formulaires doivent être retournés au Service de la dotation à l'adresse courriel :
07_cissso_dotation@ssss.gouv.qc.ca