

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
Adresse actuelle (rue, ville, code postal) :		
Adresse précédente (rue, ville, code postal):		
Poste convoité :		
<input type="checkbox"/> DPJ <input type="checkbox"/> DJ – Centres de réadaptation		
		
Signer à : _____	Le : _____ (date)	
_____ Signature		
Section réservée à la Direction de la protection de la jeunesse		
<input type="checkbox"/> Aucun empêchement		
<input type="checkbox"/> Empêchement		
Commentaires :		
_____ Signature		_____ Date