

PAB : programme de RAC

Formulaire d’inscription *Service attraction et acquisition des talents (SAAT)  
Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ)*

**ÉTAPE 1 :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COORDONNÉES :** | | | | | |
| **\*Nom :** | | | **\*Prénom:** | | |
|  | | |  | | |
| **\*Téléphone domicile :** | |  | **Téléphone (autre) :** | |  |
| **\*Courriel :** |  | | | | |
| **\*Adresse :** |  | | | | |
| **\*Ville :** |  | | | | |
| **\*Province :** | Québec | | **\*Code postal :** |  | |

**ÉTAPE 2 :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EXPÉRIENCE :** | | |
| **\*Durée exacte de l’expérience de travail en soins d’assistance :** | Durée exacte de l'expérience | |
| **\*Domaine de travail en soins d’assistance :** | Domaine de travail | |
| **Si autre précisez:** |  |

**ÉTAPE 3 :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INTÉRÊT :** | | |
| **Pourquoi vous inscrire à ce programme?** | | |
|  | | |
| **Où avez-vous entendu parler du programme?** | Moyen à choisir | |
| **Si autre précisez :** |  |

**ÉTAPE 4 :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SIGNATURE :** | | |
| **\*Signature:** | **\*Date :** | Choisir une date. |

**\* Champs obligatoires**