

Paroisse : _____
Nom de la paroisse

Communauté chrétienne : _____ de _____
Nom de la communauté chrétienne Nom de la ville ou le village

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Tel (maison) : _____ Tel (cellulaire) : _____ Tel (travail) : _____

Courriel : _____

Âge : 19 ans+ Oui Non – Veuillez indiquer le mois et l'année de votre naissance Mois : _____ Année : _____

Veillez fournir les coordonnées d'une personne à joindre en cas d'urgences

Nom : _____ Lien : _____

Tel (maison) : _____ Tel (cellulaire) : _____ Tel (travail) : _____

POSTE DEMANDÉ – RISQUE ÉLEVÉ (Veillez remplir l'endos de ce formulaire)

Titre du poste : _____

Poste à TEMPS PLEIN

Poste à TEMPS PARTIEL

PROJET ÉTUDIANT

Date début : _____

Date fin : _____

J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets. Je comprends que ces renseignements demeureront confidentiels et seront la propriété du diocèse. De plus, je comprends que mon nom et mon numéro de téléphone seront fournis au coordinateur ou responsable concernés afin qu'il(elle) puisse communiquer avec moi.

Signature : _____

Date : _____

Veillez fournir deux (2) références sans lien familial (amis, voisins, autres paroissiens, collègues de travaux, etc.) qui peuvent attester de votre capacité d'exercer ce poste.

RÉFÉRENCE 1

Nom : _____ Lien : _____

Adresse : _____

Tel (maison) : _____ Tel (cellulaire) : _____ Tel (travail) : _____

RÉFÉRENCE 2

Nom : _____ Lien : _____

Adresse : _____

Tel (maison) : _____ Tel (cellulaire) : _____ Tel (travail) : _____

Nom du candidat

J'autorise le comité diocésain responsable de la politique de communiquer avec les personnes identifiées ci-haut afin d'obtenir les renseignements nécessaires.

J'accepte de fournir ma vérification de casier judiciaire avant de débiter le poste pour lequel j'ai fait la demande.

Je comprends que tous les renseignements obtenus, y inclus la copie de ma vérification de casier judiciaire, demeureront confidentiel et seront la propriété du Diocèse de Bathurst qui les conservera indéfiniment.

Signature : _____ Date : _____

Veillez retourner le formulaire complété au Coordinateur de la politique de la communauté chrétienne

Nom du coordinateur : _____

Signature : _____ Date : _____

À L'USAGE INTERNE DU DIOCÈSE

Demande reçu le : _____ Informations postés le : _____

Formation obligatoire ? Oui Non Formulaire B reçu le : _____

Date de la formation : _____ Vérification judiciaire reçu le : _____

Références conclues le : _____ Dossier complété et conforme le : _____