



**Regional Health Authority - Central Manitoba Inc.**  
**Office régional de la santé du Centre du Manitoba inc.**

180 Centenaire Drive/180, rue Centenaire  
Southport (MB) R0H 1N0

Tel/Tél: (204) 428-2747 Appels sans frais: 1 800 RHA 6509

Fax/Télec: (204) 428-2782

[humanresources@rha-central.mb.ca](mailto:humanresources@rha-central.mb.ca)

## APPLICATION FOR EMPLOYMENT/ DEMANDE D'EMPLOI

### PERSONAL/RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Name/Nom:			
Address/Adresse:			
Telephone Number(s)/N <sup>os</sup> de téléphone:			Email/Courriel:
Are you legally entitled to work in Canada?/Êtes-vous légalement autorisé(e) à travailler au Canada? <input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non			
Are you aware of any health or physical conditions that could affect performance on the job?/Souffrez-vous présentement d'une affection physique ou d'un problème de santé qui pourrait avoir des incidences sur votre rendement au travail? <input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non (Please elaborate/Veuillez préciser)			

### POSITION INFORMATION/RENSEIGNEMENTS SUR LE POSTE

Position(s) Applied For/Poste(s) postulé(s):	Date Available/Date de disponibilité:
Facilities/Program(s)/Établissement(s) ou programme(s):	

Current Cover Letter & Resume Attached?/Avez-vous joint une lettre de présentation et un curriculum vitae courants?

Yes/Oui  No/Non

If no, please complete the following Education, Competencies and Employment History section./Sinon, veuillez remplir les sections suivantes du formulaire (études, compétences, antécédents de travail).

**EDUCATION/ÉTUDES**

Institution/ Établissement	Location/ Emplacement	Course, Certificate, Diploma, Degree/Cours, certificat ou diplôme
High School/ École secondaire		
Post Secondary/ Établissement postsecondaire		

**COMPETENCIES/COMPÉTENCES**

Describe any of your work related skills, experience or training that relate to the position being applied for./*Décrivez vos compétences, votre expérience et votre formation professionnelles qui sont pertinentes pour le poste postulé.*


**EMPLOYMENT HISTORY/ANTÉCÉDENTS DE TRAVAIL**

List your last **three (3) employers** beginning with the present/most recent./*Indiquez vos trois employeurs les plus récents en commençant par votre présent emploi ou votre emploi le plus récent.*

#1	Dates Employed/Dates d'emploi:		
Employer/Employeur:		Supervisor/Superviseur:	
Address/Adresse:		Telephone Number/N° de téléphone:	
		Email/Courriel:	
Position and Duties/Poste et responsabilités:			
Reason for Leaving/Motifs du départ:			

#2	Dates Employed/ <i>Dates d'emploi:</i>		
Employer/ <i>Employeur:</i>		Supervisor/ <i>Superviseur:</i>	
Address/ <i>Adresse:</i>		Telephone Number/ <i>N° de téléphone:</i>	
		Email/ <i>Courriel:</i>	
Position and Duties/ <i>Poste et responsabilités:</i>			
Reason for Leaving/ <i>Motifs du départ:</i>			

#3	Dates Employed/ <i>Dates d'emploi:</i>		
Employer/ <i>Employeur:</i>		Supervisor/ <i>Superviseur:</i>	
Address/ <i>Adresse:</i>		Telephone Number/ <i>N° de téléphone:</i>	
		Email/ <i>Courriel:</i>	
Position and Duties/ <i>Poste et responsabilités:</i>			
Reason for Leaving/ <i>Motifs du départ:</i>			

## LANGUAGES/LANGUES

Please indicate any languages other than English that you speak, read or write./*Veillez indiquer les langues autres que l'anglais que vous pouvez parler, lire ou écrire.*

Language/ <i>Langue</i>	Speak/ <i>Parler</i>	Read/ <i>Lire</i>	Write/ <i>Écrire</i>

## SELF DECLARATION/AUTO-DÉCLARATION

The Regional Health Authority–Central Manitoba Inc. encourages Aboriginal people to self-identify by completing the voluntary self-declaration below./L'Office régional de la santé du Centre du Manitoba inc. encourage les personnes d'origine autochtone à s'identifier en remplissant le formulaire d'auto-déclaration ci-dessous.

I/Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, declare myself to be of Aboriginal descent/déclare que je suis d'ascendance autochtone.

Please check the box that applies to you./Veuillez cocher la case qui s'applique à votre situation.

- First Nations/Premières nations (status/indien inscrit, non-status/non inscrit)**  
 **Métis**  
 **Inuit**

## APPLICANT'S CERTIFICATION AND AGREEMENT/ENGAGEMENT ET ENTENTE DES CANDIDATS

Have you ever been employed by the RHA Central or any of its affiliates?/Avez-vous déjà été à l'emploi de l'ORS du Centre ou de l'un ou l'autre de ses établissements affiliés?  **Yes/Oui**  **No/Non**

If yes, please list facility/program and dates./Si oui, veuillez indiquer les établissements ou les programmes et les dates d'emploi.

Facility/Program/Établissement(s) ou programme(s): \_\_\_\_\_

Date Employed/Date employé: \_\_\_\_\_ Start Date/Date de début: \_\_\_\_\_ End Date/Date de fin: \_\_\_\_\_

I declare the foregoing information to be true and complete to the best of my knowledge and understand that any misrepresentation or material omission is grounds for refusal to employ me or, if I am employed, for dismissal with cause./Je déclare qu'à ma connaissance, les renseignements ci-dessus sont véridiques et complets. Je comprends que toute information trompeuse ou omission substantielle constitue un motif suffisant de me refuser un emploi ou, si je suis déjà embauché(e), de me congédier pour un motif déterminé.

If employed I agree to abide by the policies, procedures and working conditions established and/or amended from time to time by the Regional Health Authority–Central Manitoba Inc. I hereby authorize the Regional Health Authority–Central Manitoba Inc. to conduct a personal investigation in connection with my application for employment including a Criminal Record Check and Child Abuse Registry Check. All costs associated with these checks will be my responsibility./Si je suis embauché(e), j'accepte de me conformer aux politiques, aux procédures et aux conditions de travail établies ou modifiées à l'occasion par l'Office régional de la santé du Centre du Manitoba inc. Par les présentes, j'autorise l'Office régional de la santé du Centre du Manitoba inc. à procéder à une enquête personnelle relativement à ma demande d'emploi, y compris une vérification du casier judiciaire et une vérification du registre concernant les mauvais traitements. Je suis responsable de tous les frais afférents à ces vérifications.

I hereby authorize my current or former employers to release information regarding my record of employment, performance on the job, reason for leaving (if applicable) and other pertinent information./Par la présente, j'autorise mes employeurs actuels ou précédents à communiquer des renseignements concernant mon relevé d'emploi, mon rendement professionnel, les raisons qui ont motivé mon départ (s'il y a lieu) et d'autres renseignements pertinents.

\_\_\_\_\_  
**Signature of Applicant**  
**Signature du (de la) candidat(e)**

\_\_\_\_\_  
**Date**

[www.rha-central.mb.ca](http://www.rha-central.mb.ca)

**Note:** All applications for employment will be kept on file for a six-month time period. We thank you for your application. Only those individuals selected for an interview will be contacted.

**Nota:** Toutes les demandes d'emploi seront conservées pendant une période de six mois. Nous vous remercions de votre demande d'emploi, mais nous ne communiquerons qu'avec les personnes choisies pour une entrevue.