Cliniques universitaires SAINT-LUC UCLouvain BRUXELLES

Département des Ressources Humaines - Recrutement Jobistes

DRH-FORM-126

CANDIDATURE JOBISTE
VACANCES DE NOEL / NOUVEL AN

Période de dépôt : **Octobre ! (pas avant)**

A déposer à la DRH ou envoyer à :
Cliniques universitaires St-Luc – DRH jobistes
10 avenue Hippocrate – 1200 Woluwé-St-Lambert

durant le mois d'octobre (pas avant !)

Nom ..... Prénom .....

Domicile:Rue..... …….. N°……Boîte ……

Code Postal …….. Commune…….…….....

GSM…….. Tél…….. .....

E-mail : ..... ……..

Né(e) le ……../…..../…….. à ……..…….. Pays ……

Sexe : 0 M 0 F Permis de travail valide : 0 oui 0 non

Nationalité : …… N° National : ……..……..
(voir à l'arrière de la carte d'identité, commence par votre année de naissance)

Etat civil : 0 célibataire 0 marié (nom du conjoint : ..……..…...)

Banque : n° compte : ……..…….. nom titulaire : ……
(si autre que le jobiste)

Etes-vous ? 0 enfant du personnel 0 famille du personnel ⇨ si oui :

son nom et prénom : ……..…

son service : …….. sa fonction : …..……...

son téléphone interne : …….. lien avec vous : …..…….

Etes-vous immunisé contre l'hépatite B ? 0 oui 0 non

Année scolaire en cours : ……..-…….. école : ……..……..

0 francophone 0 néerlandophone

type d'études (filière) :……
(ex : droit, coiffure, médecine,..)

si Humanités :		si Enseignement supérieur :	pour tous :
0 1ère année	0 générales	0 bachelier	0 cours du jour
0 2ème année	0 techniques de transition	0 master	0 cours du soir
0 3ème année	0 techniques de qualification		0 cours le week-end
0 4ème année	0 professionnelles	0 1ère année	
0 5ème année		0 2ème année	
0 6ème année	…….. heures par semaine	0 3ème année	0 promotion sociale
0 7ème année			0 CEFA (alternance)
		…….. crédits par an	

Vous postulez pour un éventuel job durant les vacances de Noël / Nouvel An :

Avez-vous déjà travaillé aux Cliniques universitaires Saint-Luc ? 0 oui 0 non

Si oui, à quelle période et dans quel service ? ……..

……

Avez-vous travaillé cette année civile (à St-Luc ou ailleurs) ? 0 oui 0 non

Si oui, combien d'heures ? .....

La majorité de nos jobs sont à pourvoir dans les domaines de l'entretien ménager, la cuisine ou la manutention

Etes-vous disposé(e) à travailler :	à partir de 6h ?	0 oui	0 non
	jusque 22h ?	0 oui	0 non
	le week-end ?	0 oui	0 non

Avez-vous des connaissances particulières ?

Dactylo :

0 brevet dactylo

0 frappe rapide (40 mots/minute min.)

0 bonne connaissance clavier

0 maîtrise faible

0 aucune connaissance

0 Informatique : ……..……...

……

0 Langues : ……..

……

0 Orthographe française :

0 faible 0 moyenne 0 bonne 0 excellente

0 Autres : ……..

……

A joindre à cette candidature :

1. l'attestation d'inscription scolaire
2. la photo **en gros plan** recto et verso de votre carte d'identité (ou carte de séjour)
3. la **copie** de l'attestation hépatite B (voir page 3 à faire compléter par un médecin)
4. l'attestation 600 heures sur le site Student at work **https://www.mysocialsecurity.be/student/fr/**

Je certifie sur l'honneur que les informations données dans ce document sont exactes, complètes et sincères et je m'engage à vous informer de toute modification.

Date : **Signature étudiant :**

Toute candidature incomplète, illisible, incorrecte ou déposée en dehors de la période de dépôt ne sera pas prise en compte

Dans certains cas, perte éventuelle d'allocations familiales et impact impôts
Info via Intranet St-Luc : http://www.stluc.ucl.ac.be/ressources-humaines/focus/job-etudiant.php
Info via Internet : https://www.mysocialsecurity.be/student/fr/allocations/index.html

Cher jobiste,
veillez à garder votre document original et nous communiquer une copie car le document vous sera demandé à chaque fois que vous rentrez une candidature

Docteur,

Concerne : **Vaccination contre hépatite B ou hépatite A/B**

Votre patient(e) a postulé pour un job étudiant au sein de notre institution. Dans le cadre de ce travail, l'analyse de risque a mis en évidence la possibilité de contamination par le virus de l'hépatite B (contacts potentiels avec du sang ou des déchets souillés par du sang,…).
Il est dès lors essentiel pour votre patient(e) d'être protégé contre ce risque.
Nous vous remercions de compléter l'attestation suivante.

Par le présent document, je soussigné(e), ……,

docteur en médecine , atteste que

Mr, Melle ……

date de naissance ……..……...

O est **immunisé**(e) contre l'hépatite B

O n'est pas **immunisé**(e) contre l'hépatite B

type de vaccination : O vaccin contre l'hépatite B
O vaccin combiné contre les hépatites A et B

dates de vaccination : ……
……
……
……

Date :

Cachet **ET** signature :