

FICHE DE CANDIDATURE

Reçu le :

Enregistré le :

Diag IAE :

Décision :

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données entré en vigueur le 25/05/2018 et les articles du code du Travail L1221-6 à 9, nous vous rappelons que les informations portées sur cette fiche sont destinées au responsable du recrutement. Elles sont nécessaires pour le traitement de votre candidature au poste de salarié(e) en insertion (article L5132-1 du Code du Travail). Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification. Les dossiers de candidatures non retenus sont détruits automatiquement après l'envoi de réponse.

IDENTITÉ / ETAT CIVIL

Madame Monsieur Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

☎ n°1 (Portable) : _____ ☎ n°2 (Fixe) : _____

Mail : _____ @ _____

Né(e) le : ____/____/____ (____ ans) à _____ Département ou Pays : _____

Nationalité : _____ Si Titre de Séjour, validité jusqu'au : ____/____/____ (fournir une copie)

N° Sécurité Sociale : _____

Célibataire En couple Marié(e) Nombre d'Enfants : _____ Dont Enfants à Charge : _____

Mobilité : Permis B : Oui (si oui possède 1 Véhicule) Transport en Commun Autre : _____

POLE EMPLOI

N° Identifiant Pôle Emploi : _____ Date d'inscription : ____/____/____ (feuille rose Pôle Emploi)

Sans emploi depuis : moins de 6 mois de 6 à 11 mois 12 à 23 mois 24 mois et plus

ORIENTEUR / PRESCRIPTEUR

CCAS : Oui Mission Locale : Oui Nom du Référent (e) : _____

PLIE : Oui Cap Emploi : Oui ☎ : _____ Ville : _____

Pôle Emploi : Oui Autre (à Préciser) : _____

RESSOURCES

RSA : Oui Non N° Allocataire CAF : _____

Si Oui depuis : moins de 6 mois de 6 à 11 mois 12 à 23 mois 24 mois et plus

ARE : Oui ASS : Oui ATA : Oui AAH : Oui Sans Ressources : Oui

Si Oui depuis : moins de 6 mois de 6 à 11 mois 12 à 23 mois 24 mois et plus

SANTÉ

Caisse d'Assurance Maladie de : _____ Autre (préciser) : _____

CMU Complémentaire : Oui Non Valable : Du ____/____/____ au ____/____/____

Mutuelle Complémentaire : Oui Nom de votre Mutuelle : _____

Droits de votre Mutuelle : Du ____/____/____ au ____/____/____

Avez-vous une Reconnaissance de Travailleur Handicapé (RQTH) ? : Oui Non

FORMATION

Formation Initiale (ex. CAP Espaces Verts, Fin de scolarité obligatoire, etc...) : _____

Niveau d'Etudes : Pas de Diplôme ou Brevet des collèges (Niv VI) CAP/BEP (Niv V) Bac (Niv IV)

Bac + 2 (Niv III) Bac + 3 (Niv II) 3^e Cycle/Ecole d'ingénieur (Niv I)

Le Diplôme a-t-il été obtenu ? : Oui Non