

# 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<sup>e</sup> Cycle/Ecole d'ingénieur (Niv I)

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