



8990 Pascal-Gagnon
Saint-Leonard, QC H1P 1Z3
Tel.: (514) 955-0844 Fax: (514) 955-7485
Sans-Frais: (800) 385-9531

DEMANDE DE CONDUCTEUR

Date: _____

RENSEIGNMENT PERSONNELS

Position demandée: _____ Temporaire Temps Partiel Temps Plein

Nom: _____ Prénom: _____ Telephone: _____

Cellulaire: _____

Email: _____

Adresse Actuelle: _____
Rue Ville Province/Etat Code Postal

Adresse pour
3 dernières années: _____
Rue Ville Province/Etat Code Postal

(Joindre une feuille séparée, si nécessaire)

Contact d'urgence: _____
Nom Téléphone

Avez-vous déjà été reconnu coupable d'un crime pour lequel un pardon n'a pas été accordé? Oui Non

Qui vous a référé? _____ Taux de rémunération prévu? _____

Avez-vous travaillé pour cette entreprise dans le passé? Oui Non Date: De _____ au _____

Taux de rémunération: _____ Position occupée: _____

Motif du départ: _____

Nom(s) de membres de famille employé(s) par notre entreprise: _____

Travaillez-vous actuellement? Oui Non

Si non, combien de temps est passé depuis votre dernier emploi? _____

EDUCATION

Encerclez le plus haut niveau atteint: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Collège: 1 2 3 4

Dernière école fréquentée: _____
Nom Adresse



HISTOIRE PHYSIQUE

Inscrivez tout handicap qui vous empêche de faire certains types de travaux:

Êtes-vous physiquement capable de lourd travail manuel? Oui Non

Avez-vous déjà été blessé au travail? Oui Non

Si oui, indiquez la nature et le degré de telles blessures: _____

Dans les 3 dernières années, combien de temps de travail perdu pour cause de maladie? _____

Serez-vous prêt à prendre un examen physique? Oui Non

Voir pages suivantes pour compléter le rapport d'embauche et outre



8990 Pascal-Gagnon
Saint-Leonard, QC H1P 1Z3
Tel.: (514) 955-0844 Fax: (514) 955-7485
Sans-Frais: (800) 385-9531

RECORD D'EMBAUCHE

Le département des Transports des Etats-Unis exige que les demandes de conducteurs montrent tous les emplois pour les 3 dernières années. Ils doivent aussi montrer l'emploi de pilote commercial pour les sept ans suivants immédiatement cette période de 3 ans. 391,21 (b) (10), (11)

Dernier employeur: _____		Nom complet du superviseur: _____	
Adresse Complète: _____		Tel. : _____	
Poste occupé: _____	De _____ à _____	Salaire: _____	
Motif du départ: _____			
Étiez-vous assujetti à la FMCRSSs durant votre emploi? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Est-ce que votre emploi a été désigné comme une fonction de sécurité sensible, dans tous les modes au sujet réglementé du DOT, aux exigences des tests de drogue et d'alcool de 49 CFR partie 40? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

Deuxième dernier employeur: _____		Nom complet du superviseur: _____	
Adresse Complète: _____		Tel. : _____	
Poste occupé: _____	De _____ à _____	Salaire: _____	
Motif du départ: _____			
Étiez-vous assujetti à la FMCRSSs durant votre emploi? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Est-ce que votre emploi a été désigné comme une fonction de sécurité sensible, dans tous les modes au sujet réglementé du DOT, aux exigences des tests de drogue et d'alcool de 49 CFR partie 40? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

Troisième dernier employeur: _____		Nom complet du superviseur: _____	
Adresse Complète: _____		Tel. : _____	
Poste occupé: _____	De _____ à _____	Salaire: _____	
Motif du départ: _____			
Étiez-vous assujetti à la FMCRSSs durant votre emploi? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Est-ce que votre emploi a été désigné comme une fonction de sécurité sensible, dans tous les modes au sujet réglementé du DOT, aux exigences des tests de drogue et d'alcool de 49 CFR partie 40? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			



8990 Pascal-Gagnon
Saint-Leonard, QC H1P 1Z3
Tel.: (514) 955-0844 Fax: (514) 955-7485
Sans-Frais: (800) 385-9531

RECORD D'EMBAUCHE (suite)

Quatrième dernier employeur: _____	Nom complet du superviseur: _____	
Adresse Complète: _____	Tel. : _____	
Poste occupé: _____	De _____ à _____	Salaire: _____
Motif du départ: _____		
Étiez-vous assujetti à la FMCRSs durant votre emploi? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Est-ce que votre emploi a été désigné comme une fonction de sécurité sensible, dans tous les modes au sujet réglementé du DOT, aux exigences des tests de drogue et d'alcool de 49 CFR partie 40? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

Cinquième dernier employeur: _____	Nom complet du superviseur: _____	
Adresse Complète: _____	Tel. : _____	
Poste occupé: _____	De _____ à _____	Salaire: _____
Motif du départ: _____		
Étiez-vous assujetti à la FMCRSs durant votre emploi? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Est-ce que votre emploi a été désigné comme une fonction de sécurité sensible, dans tous les modes au sujet réglementé du DOT, aux exigences des tests de drogue et d'alcool de 49 CFR partie 40? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

Suite page suivante



8990 Pascal-Gagnon
Saint-Leonard, QC H1P 1Z3
Tel.: (514) 955-0844 Fax: (514) 955-7485
Sans-Frais: (800) 385-9531

AUTORISATION D'ENQUÊTE D'EMPLOI PASSÉ

Employeur précédent: _____

Numéro de téléphone: _____ Numéro de fax: _____

Je, _____, par la présente, autorise vous ou vos agents, comme étant mon employeur précédent, société des écoles énumérés ci-dessus, à communiquer à P & B Transport Ltee., ou ses mandataires des informations concernant toutes les périodes de mon emploi passé, contrat ou d'un service avec votre organisation. Je comprends que la portée de ces informations comprendra les dates et la capacité de mon emploi, le service ou le contrat ainsi que mon dossier de sécurité, la performance de mon travail global, la raison du départ et l'admissibilité à la réembauche. Pour le but de faciliter cette demande de vérification, je consens à fournir mon numéro d'assurance sociale: _____.

En plus de la publication de l'information ci-dessus pour P & B Transport Ltee. ou de leur agent (s), je vous autorise ou vos agents à libérer, par 49 CFR Part 40, les informations réglementées par la DOT, mes dossiers de dépistage des drogues et de l'alcool. J'autorise la libération de l'information suivante concernant mon dossier avec la DOT, incluant les violations d'analyses de drogues et de l'alcool, y compris des tests de pré-emploi, au cours des trois dernières années: (i) les tests d'alcoolémie avec un résultat de 0,04 ou plus; (ii) vérifié tests positifs; (iii) le refus d'être testé (y compris les tests frelatés ou substitués vérifiées; (iv) d'autres violations des règlements de la DOT concernant les drogues et le dépistage de l'alcool; (v) les renseignements obtenus auprès des employeurs précédents concernant le(s) violation(s) des règlements concernant les drogue et d'alcool; (vi) les documents, le cas échéant, de la réussite, ou l'échec d'entreprendre ou de terminer le processus de retour au service, y compris un programme de réadaptation professionnelle prescrite de la toxicomanie, à la suite d'une violation des règles, à P & B Transport Ltee.

L'information que j'ai consenti P & B Transport Ltee. à revoir, implique des tests requis par le DOT. Si tout transporteur, entreprise, ou école (s) énumérés ci-dessus fournit des renseignements à P & B Transport Ltee., concernant les points (i) à (vi) ci-dessus, j'autorise également que l'organisation libère et fournit les dates de tout test de drogues et/ou alcool négatifs, avec des résultats inférieure à 0,04 au cours de la période des trois ans passé ainsi que le nom et le numéro de téléphone de tout professionnel de la toxicomanie qui m'a évalué au cours des trois dernières années.

Je comprends que, en accordant les autorisations ci-dessus, ne garantie pas une application réussie. Dans le cas où ma candidature est retenue, je comprends et je donne l'autorisation à P & B Transport Ltee. de garder mes renseignements personnels dans le dossier, dans le but de, et comme lié à, mon contact de l'emploi ou de la période de service et en conformité avec les exigences législatives régissant.

Aux fins de l'enquête sur l'histoire de ma performance en tant que requis par 49 CFR 391,23 (d) et (e), je comprends que je dois le droit à: examiner les informations fournies par les employeurs actuels et précédents, les entreprises et les écoles; avoir des erreurs dans les informations corrigées par d'anciens employeurs, les entreprises et les écoles et les obliger à envoyer de nouveau l'information corrigée à P & B Transport Ltee. ; et, avoir énoncé une réfutation attaché à l'information erronée alléguée, si l'employeur précédent, la société ou l'école et je ne peux pas être d'accord sur l'exactitude de l'information.

Avec ma signature ci-dessous, je vous indemnise de toute responsabilité de la libération de l'information ci-dessus et d'accorder le privilège à P & B Transport Ltee. à cette information.

Signature du candidat

Date



CONDUCTEURS DE VÉHICULES AUTOMOBILES

ATTESTATION DE CONFORMITÉ AUX EXIGENCES DU PERMIS DE CONDUIRE

INSTRUCTIONS POUR TRANSPORTEUR ROUTIER: Les exigences en Part6 383 s'appliquent à chaque conducteur qui opère dans le commerce intra-/inter- étatique, entre États, ou à l'étranger et qui exploite un véhicule pesant 26 001 livres ou plus, peut transporter plus de 15 personnes, ou transporte des matières dangereuses qui nécessitent du placardage.

Les exigences de la partie 391 s'appliquent à chaque conducteur qui opère dans le commerce interétatique et qui exploite un véhicule de 10 001 livres ou plus, peut transporter plus de 15 personnes, ou transporte des matières dangereuses qui nécessitent du placardage.

EXIGENCES DU CONDUCTEUR: Parts 383 et 391 du Règlement sur la sécurité des transporteurs routiers contiennent certaines exigences que vous, comme étant un conducteur, doit se conformer. Ces exigences sont en vigueur à compter du 1er Juillet 1987. Ils sont comme suit:

1. **POSSEDER UN SEUL PERMIS:** Vous, en tant que conducteur de véhicule commercial, ne pouvez pas posséder plus d'un permis pour véhicule à moteur opérateur.

Si vous avez plus d'un permis, vous devez maintenir le permis de votre état de résidence et retourner les permis supplémentaires aux états / provinces qui les ont émis. La DESTRUCTION d'un permis ne ferme pas l'enregistrement à l'état / province qui l'a délivré. Vous devez en aviser l'état / province. Si un permis multiple a été perdu, volé ou détruit, fermez votre dossier en avisant l'état / province qui a émit le permis, que vous ne voulez plus avoir un permis dans cet État / province.

2. **AVIS DE SUSPENSION, REVOCATION, OU ANNULATION DU PERMIS:** Sections 391,15 (b) (2) et 383.33 du Règlement sur la sécurité des transporteurs routiers exigent que vous informiez votre employeur le jour ouvrable suivant de toute révocation ou de suspension de votre permis de conduire. En outre, l'article 383,31 nécessite que chaque fois que vous violez une loi de l'Etat ou de trafic local (autre que le stationnement), vous devez le signaler dans les 30 jours à: 1) votre employeur (transporteur routier), et 2) l'état / province qui a délivré le permis (si la violation a eu lieu dans un état autre que celui qui a délivré le permis). Toute notification doit être faite par écrit.

La permis suivant est le seul que je possède:

NO. PERMIS DE CONDUIRE _____ État / Prov: _____

Date d'expiration : _____

CONDUCTEUR : Je certifie que je l'ai lu et compris les exigences ci-dessus.

NOM DU CONDUCTEUR (S.V.P. IMPRIMER): _____

SIGNATURE DU CONDUCTEUR : _____ DATE: _____