

Numéro de dossier : _____
**Pour usage facultatif seulement*



Formulaire d'aiguillage Op@Travail – Employeurs
Centre de ressources pour les familles des militaires du Nouveau-Brunswick

Renseignements généraux de l'employeur :

Nom de l'organisation : _____

Adresse de l'organisation : _____

Type d'organisme :

- Secteur privé
- Organisme à but non lucratif
- Organisation de bienfaisance
- Gouvernement
- Affilié du gouvernement

Autre: _____

Industrie ou domaine d'activité :

- Service de restauration et d'accueil
- La cyber-sécurité
- Télécommunications
- Service à la clientèle
- Service publique
- Soins de santé
- Santé et bien-être
- Transport et machinerie lourde
- Garde d'enfants et éducation de la petite enfance

autre : _____

Numéro de dossier : _____
**Pour usage facultatif seulement*

Type d'horaire requis pour les employés :

- Horaires variés
- Soirées
- Fin de semaines
- Lundi au vendredi – jours seulement
- Pendant la nuit
- Horaires flexibles
- Travail à domicile

Durée générale de l'emploi (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :

- Temps plein
- Temps partiel
- Contractuel
- Temporaire

Lieu(x) d'emploi (indiquez tout ce qui s'applique) :

- Oromocto
- Fredericton
- <75 km de la base de Gagetown
- >75km de la base de Gagetown

Prêt à embaucher de priorité un membre d'une famille de militaire qualifié :

- Oui
- Non

Votre organisation souhaite-t-elle participer au programme de reconnaissance des entreprises ?

- Oui
- Non

Renseignements de la personne-ressource :

Nom de la personne-ressource : _____

Numéro de téléphone: 1 (____) - ____ - _____

Courriel : _____

Adresse (si différente de celle indiquée ci-dessus): _____

**Veuillez indiquer ci-dessous si vous souhaitez vous inscrire au programme d'embauche cyclique Op@Travail. Le programme d'embauche cyclique d'Op@Travail pré-qualifie ce poste pour le service d'Op@Travail à l'avenir. Si un poste est présenté, Op@Travail reprend la charge d'assister à pourvoir le poste avec un.e candidat.e qualifié.e.*

- Oui
- Non

Numéro de dossier : _____
**Pour usage facultatif seulement*

**Consentement : En soumettant le «Formulaire d'aiguillage Op@Travail pour employeur» dûment rempli, vous consentez à la collecte, l'utilisation et la divulgation des informations contenues dans ce formulaire par le service «Op@Travail» du Centre de ressources pour les familles des militaires du Nouveau-Brunswick afin d'établir une mise en relation et de gérer le service. L'avis complet de confidentialité d'«Op@Travail» est disponible sur le site suivant : connectionfac.ca ou à la réception du CRFMNB.*

**Renonciation : Le CRFMNB n'est pas impliqué dans la relation employeur-employé après l'introduction et la présentation.*

Signature : _____

Date : _____

Veillez soumettre ce formulaire dûment rempli à jolyne.roy2@forces.gc.ca ou à la réception du CRFMNB.