

LANGUAGE SKILLS/COMPÉTENCES LINGUISTIQUES

SPOKEN/LANGUES PARLÉES

WRITTEN/LANGUES ÉCRITES

IF YOU ARE WILLING TO VOLUNTEER YOUR LANGUAGE SKILLS AS AN INTERPRETOR TO THE HOSPITAL'S VOLUNTEER LANGUAGE BANK, PLEASE INDICATE:
 VEUILLEZ INDIQUER SI VOUS DÉSIREZ TRAVAILLER BÉNÉVOLEMENT A TITRE D'INTERPRÈTE POUR LA BANQUE DE LANGUES DE L'HÔPITAL:

 YES
 OUI

 NO
 NON
EMPLOYMENT HISTORY/ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS

PLEASE LIST IN ORDER BEGINNING WITH PRESENT (OR LAST) POSITION FIRST. YOU DO NOT HAVE TO COMPLETE THIS SECTION IF YOU ARE SUBMITTING A RESUME WITH THIS APPLICATION.
 VEUILLEZ INDIQUER LES POSTES QUE VOUS AVEZ OCCUPÉS ANTÉRIEUREMENT, EN COMMENÇANT PAR LE PLUS RÉCENT. IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE REMPLIR CETTE SECTION SI VOTRE RÉSUMÉ EST INCLU

EMPLOYER/EMPLOYEUR		DATE STARTED/DATE D'EMBAUCHE	DATE LEFT/DATE DE DÉPART
ADDRESS/ADRESSE		REASON FOR LEAVING/RAISON DU DÉPART	
POSITION HELD/POSTE OCCUPÉ		MAIN DUTIES/FONCTIONS PRINCIPALES	
LAST NAME USED DURING EMPLOYMENT NOM DE FAMILLE SOUS LEQUEL VOUS ÉTIEZ EMPLOYÉ			
SUPERVISOR'S NAME & TITLE NOM ET TITRE DE VOTRE SUPÉRIEUR		SUPERVISOR'S BUSINESS TELEPHONE NUMBER N° DE TÉLÉPHONE DU SUPÉRIEUR (AU TRAVAIL)	

EMPLOYER/EMPLOYEUR		DATE STARTED/DATE D'EMBAUCHE	DATE LEFT/DATE DE DÉPART
ADDRESS/ADRESSE		REASON FOR LEAVING/RAISON DU DÉPART	
POSITION HELD/POSTE OCCUPÉ		MAIN DUTIES/FONCTIONS PRINCIPALES	
LAST NAME USED DURING EMPLOYMENT NOM DE FAMILLE SOUS LEQUEL VOUS ÉTIEZ EMPLOYÉ			
SUPERVISOR'S NAME & TITLE NOM ET TITRE DE VOTRE SUPÉRIEUR		SUPERVISOR'S BUSINESS TELEPHONE NUMBER N° DE TÉLÉPHONE DU SUPÉRIEUR (AU TRAVAIL)	

EMPLOYER/EMPLOYEUR		DATE STARTED/DATE D'EMBAUCHE	DATE LEFT/DATE DE DÉPART
ADDRESS/ADRESSE		REASON FOR LEAVING/RAISON DU DÉPART	
POSITION HELD/POSTE OCCUPÉ		MAIN DUTIES/FONCTIONS PRINCIPALES	
LAST NAME USED DURING EMPLOYMENT NOM DE FAMILLE SOUS LEQUEL VOUS ÉTIEZ EMPLOYÉ			
SUPERVISOR'S NAME & TITLE NOM ET TITRE DE VOTRE SUPÉRIEUR		SUPERVISOR'S BUSINESS TELEPHONE NUMBER N° DE TÉLÉPHONE DU SUPÉRIEUR (AU TRAVAIL)	

ST. BONIFACE GENERAL HOSPITAL STATEMENT

I certify that the statements made in the foregoing application are correct and I hereby authorize St. Boniface General Hospital or its designate(s) to contact my previous and present employer(s) for verification or references.

Je certifie que les renseignements contenus dans la présente demande d'emploi sont exacts et j'autorise l'Hôpital général Saint-Boniface ou ses représentants communiquer avec mon ou mes employeurs antérieurs ou actuels à des fins de vérification ou de référence.

SIGNATURE/SIGNATURE

DATE/DATE

Aboriginal Human Resources Initiative



ABORIGINAL VOLUNTARY SELF-DECLARATION FORM

Please check and complete the statement(s) most applicable to you.

- I declare I am a Status Indian/Treaty-Indian because of my tribal affiliation with the _____ First Nation and Band (Treaty # _____)
- I declare I am a non-status Indian because of my tribal affiliation with the _____ Nation.
- I declare I am a Métis because:
I am a member of the _____ Métis Association, or
I am affiliated with the _____ Métis local / community.
- I declare myself to be Inuk because:
I am enrolled as a beneficiary of the _____ land claim agreement
I am a member of the Labrador Inuit Association, or
I am affiliated with the _____ Inuit community.
- I declare myself to be an Aboriginal person because _____

All information I have given herein is true and complete and may be verified.

Signature _____

Print Name _____

Date _____

NOTE: If it is determined that any declaration made above is false, such false declaration shall constitute just cause for termination of employment.



Winnipeg Regional Health Authority / Office régional de la santé de Winnipeg