

FORMULAIRE PRE-INSCRIPTION**Votre identité**

Adresse : _____ Date de naissance : _____
Code postal : _____ Lieu : _____
Ville : _____ Nationalité : _____
Téléphone fixe : _____ N° de sécurité sociale : _____
Portable : _____ Permis B : oui non

Votre recherche d'emploi

Type de contrat recherché : Contrat de travail temporaire CDD - CDI
Prétentions salariales : _____
Mobilité en kms : _____ Moyen de locomotion : _____

Postes recherchés

Poste 1 : _____ Votre expérience sur ce poste :
 Débutant Moins de 2 ans
 De 2 à 5 ans Plus de 5 ans

Poste 2 : _____ Votre expérience sur ce poste :
 Débutant Moins de 2 ans
 De 2 à 5 ans Plus de 5 ans

Habilitations en cours de validité

Habilitation sécurité niveau 1 Jointage Atex R408 / CQP Echafaudage
Habilitation sécurité niveau 2 Licences soudage CACES Précisez lesquels : _____
Permis E/C FIMO Autres Précisez lesquelles : _____

Contre-indications médicales liées au(x) poste(s) convoités

Activ'Intérim incite tous les salariés à déclarer leur handicap et/ou les éventuelles contre-indications médicales en relation avec leur poste de travail. Seules la motivation, les aptitudes et les compétences de chacun nous guident dans nos placements.

Si vous avez des contre-indications médicales à certains postes de travail, veuillez nous le préciser (Vertige, asthme, contre-indications au port de charges lourdes etc...) :

Si vous êtes en situation de handicap et que vous souhaitez nous le signaler, cocher ici :

Votre engagement

Je m'engage à respecter les règles suivantes lors de mes prochaines missions :

- porter les équipements de protection fournis, respecter les consignes de sécurité et signaler toute situation dangereuse à mon responsable dans l'entreprise puis à ACTIV INTERIM.
- ne pas me mettre personnellement en situation de danger, exercer mon droit de retrait dans le cas où les conditions de travail seraient susceptibles de nuire à mon état de santé, et en aviser immédiatement mon responsable dans l'entreprise utilisatrice et l'agence.
- aviser ACTIV INTERIM de toute modification liée à mon poste de travail au cours de ma mission
- aviser, sans délais et au plus tard sous 24 heures, l'entreprise utilisatrice et ACTIV INTERIM de tout accident de travail dont je pourrais être victime.
- ne pas aller travailler sous l'emprise de l'alcool et / ou de drogue
- signaler à ACTIV INTERIM et à l'entreprise utilisatrice toute modification qui se produirait quant à la suppression temporaire ou définitive de mon permis de conduire.
- me présenter au rendez-vous fixé pour passer ma visite médicale auprès du centre de médecine du travail.
- retourner ou venir signer mon contrat de mission sous 48 heures suivant ma prise de poste.
- aviser ACTIV INTERIM et l'entreprise utilisatrice de toute absence dans les plus brefs délais
- signaler à mon agence toute modification liée à ma situation administrative (changement de domicile, RIB etc).

J'atteste avoir signalé à ACTIV INTERIM lors de mon inscription toute(s) contre-indication(s) médicale(s) liée(s) aux postes que je convoite et dont l'exercice serait de nature à aggraver mon état de santé.

Merci de joindre un CV et une copie d'une pièce d'identité.