

AUTORISATION – QUESTIONNAIRE MÉDICALE

Nom : _____ Emploi postulé : _____
En lettres moulées

Date de naissance : _____

Téléphone : _____

Cellulaire : _____

Réservé à l'administration

d'identification : _____

Prenez note que seules les réponses présentant un lien avec les exigences du poste sur lequel vous postulez seront considérées aux fins de la rédaction du rapport.

Étapes à suivre

1. Signez l'autorisation ici-bas.
2. Téléphonnez au **1 866 622-2762**, pour effectuer la validation du questionnaire médical.

Autorisation

Je, soussigné, _____, accepte de répondre au questionnaire médical par téléphone et je m'engage à fournir des réponses exactes et complètes aux questions qu'il contient.

Je reconnais que les représentants de la clinique médicale pourraient me demander des précisions en ce qui a trait à mes réponses aux questions contenues dans le questionnaire médical pré-embauche et, le cas échéant, j'accepte de fournir des précisions exactes et complètes.

En outre, j'autorise la clinique médicale à transmettre au demandeur le rapport qu'elle rédigera en fonction de mes réponses et précisions, incluant ses conclusions, ainsi que tous les renseignements sur mon état de santé et je comprends que ce rapport appartiendra au demandeur et que toute requête de copie devra être adressée à ce dernier.

Enfin, je reconnais que mes réponses serviront à déterminer si mon état de santé est compatible avec l'emploi sur lequel j'ai appliqué et, en conséquence, **je reconnais que le fait de donner des renseignements faux ou trompeurs pourrait justifier le demandeur de ne pas m'embaucher ou entraîner la rupture de mon lien d'emploi.**

Signature du travailleur : _____ Date : _____

Signature du témoin : _____

Téléphonnez au : 1 (866) 622-2762