

DOSSIER DE CANDIDATURE



Merci de renvoyer le dossier de candidature dûment complété et les pièces administratives obligatoires (détaillées au point 3) à



contact@coopims.fr,

ou directement à l'agence : **39 Avenue de Rochetaillée à Saint Etienne**
(du lundi au vendredi, de 09h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h00)



04 77 81 50 49)



1

VOTRE RECHERCHE DE MISSION

- Vous recherchez un poste de : _____
- A compter du : ____/____/____ ☐ Temps plein ☐ Temps partiel
- Diplômes obtenus (intitulé et date d'obtention) : _____
- Permis de conduire : ☐ Oui ☐ Non ● Véhicule : ☐ Oui ☐ Non
- Temps de trajet maximal accepté (aller) : _____
- Travail de nuit : ☐ Oui ☐ Non ● Travail le week-end : ☐ Oui ☐ Non

2

VOS DONNEES ADMINISTRATIVES

- NOM Prénoms : _____
- Date de naissance : ____/____/____ ● N° sécurité sociale : _____
- Lieu de naissance : _____ ● Nationalité : _____
(département et ville)
- Situation de famille : _____ ● Nombre d'enfants à charge :
- Adresse postale : _____
- Code postal / ville : _____
- Adresse mail : _____
- Téléphone fixe : _____ ● Téléphone portable : _____
- Personne à joindre en cas d'urgence : _____
(NOM Prénom / téléphone) :
- Reconnaissance travailleur handicapé : ☐ Oui ☐ Non
- Fiche d'aptitude de la Médecine du Travail de moins de 2 ans : ☐ Oui ☐ Non

3

PIECES ADMINISTRATIVES A TRANSMETTRE

Curriculum Vitae A JOUR		Carte d'identité ou titre de séjour en cours de validité	
Carte vitale ou attestation de droits à la CPAM		Permis de conduire	
Justificatif de domicile de moins de 3 mois, à votre nom (comme facture électricité, gaz, téléphone, attestation assurance logement...)		Extrait n°3 de casier judiciaire de moins de 3 mois (sur https://service-casier-judiciaire.com) ET Attestation d'honorabilité (sur https://honorabilite.social.gouv.fr/accueil)	
Diplômes et/ou habilitations		Reconnaissance travailleur handicapé	
Dernier avis d'aptitude de la Médecine du Travail (de moins de 2 ans)		Relevé d'Identité Bancaire (vous devez obligatoirement être titulaire ou co-titulaire du compte)	
Certificats de Travail (pour le calcul d'une éventuelle reprise d'ancienneté et pour justifier de votre expérience au regard de la loi Valletoux)		Attestation médecin traitant avec sérologie positive pour DT Polio, Hépatite B.	

Je soussigné(e) (nom prénom) : _____

déclare avoir reçu par mail ou papier les documents suivants :

- **MUTUELLE :**
 - La notice d'information
 - Les grilles des garanties et des tarifs en vigueur .

Pour tout connaître sur vos droits mutuelle, nous vous invitons à créer votre espace personnel sous :
<https://www.interimairesanté.fr>

- **PREVOYANCE :**
 - Le flyer "Intérimaires Prévoyance"
 - La notice d'information (cadre ou non cadre)
 - Le tableau des garanties en vigueur (cadre ou non cadre)

Pour tout connaître sur vos droits prévoyance, nous vous invitons à créer votre espace personnel sous :
<https://www.interimairesprevoyance.fr>

Je soussigné(e) (nom prénom) : _____

déclare avoir pris connaissance des engagements ci-dessous et m'engage à les respecter.



J'accepte que **COOPIMS** prenne des références professionnelles auprès de mes précédents employeurs.



ARMADO : J'accepte d'ouvrir mon espace personnel sur la plateforme **armado** afin de signer électroniquement mes contrats de mission et recevoir mes documents de fin de mission (bulletins de paie, attestation France Travail, certificats de travail...)



RGPD : Les informations fournies via ce formulaire seront utilisées dans le cadre de l'évaluation de ma candidature aux postes proposés au sein de la Coopérative. Ces données seront conservées pendant la durée nécessaire au processus de recrutement et d'affectation, ainsi qu'à des fins de conformité légale. Une fois l'inscription terminée, mes informations seront conservées dans les bases de données **COOPIMS** pour de futures opportunités de missions. **COOPIMS** s'engage à protéger la confidentialité de mes données personnelles. Mes informations ne seront pas partagées avec des tiers non autorisés. Si je souhaite en savoir plus sur la politique de confidentialité ou si j'ai des questions sur la conservation de mes données, je consulte la politique de confidentialité accessible sur le site web ou je contacte l'agence : contact@coopims.fr
 En soumettant ce formulaire, je consens à la collecte, au traitement et à la conservation de mes données, conformément à ces conditions.



DROIT A L'IMAGE : J'autorise dans le cadre du fonctionnement des établissements, des photos ou des films qui peuvent être réalisés chez **COOPIMS** ou dans les établissements où je suis susceptible d'être détaché(e).



En mission **COOPIMS**, je m'engage à notifier tout changement au niveau de mon état civil, mon adresse, mon RIB, ma situation familiale.... J'alerte **COOPIMS** sur d'éventuelles habilitations ou permis qui arriveraient à expiration et qui compromettraient la poursuite de la mission.



Je déclare avoir reçu par **COOPIMS** (par mail ou courrier) le livret d'accueil intérimaires ainsi que le règlement intérieur "intérimaires" de la coopérative et m'engage à respecter les consignes.

Je certifie que mes réponses sont exactes et honnêtes. Si cette candidature aboutit sur un emploi, des informations fausses indiquées dans ce formulaire ou pendant mon entretien pourraient entraîner mon licenciement. (Données protégées par la loi de 1978).

Date : ____/____/____

Signature :