

À remplir par la personne représentant l'organisme

Nom de la candidate ou du candidat	
---	--

Emploi postulé	
-----------------------	--

LISTE DES INFRACTIONS ET DES INCONDUITES INCOMPATIBLES AVEC L'EMPLOI POSTULÉ	
Critères	À vérifier
Violence	Toute inconduite ou toute infraction criminelle pour laquelle une quelconque forme de violence a été utilisée, tel que l'homicide, le vol qualifié, les voies de fait, l'enlèvement, la séquestration, les menaces, l'intimidation, le harcèlement, les infractions reliées aux armes à feu, l'incendie criminel, le gangstérisme, les méfaits, la négligence criminelle, etc.
Sexe	Toute inconduite ou toute infraction criminelle à caractère sexuel, telle que l'agression sexuelle, les actions indécentes, la sollicitation ou l'incitation à la prostitution, etc.
Vol – fraude	Toute inconduite ou toute infraction criminelle dont la nature même assimilable à un vol ou une fraude, telle que vol par effraction, le vol simple, la prise d'un véhicule automobile sans consentement, la fraude, la corruption, la supposition de personne, etc.
Conduite automobile	Toute inconduite ou toute infraction criminelle relative à la conduite d'un véhicule, tels que la capacité de conduite affaiblie par l'alcool ou une drogue, le délit de fuite, la conduite dangereuse, etc.
Drogues et stupéfiants	Toute inconduite ou toute infraction criminelle relative aux stupéfiants, aliments et drogues tels que la possession, le trafic, l'importation, la culture, etc.
Autres	Négligence criminelle, omission de fournir les choses nécessaires à la vie, etc. Précisez :

(Veuillez écrire lisiblement en lettres moulées à l'encre bleue)

Section 1 À REMPLIR PAR L'ORGANISME			
Nom de l'organisme			
Adresse			Code postal
Nature de l'emploi postulé			
Vérification de l'identité de la candidate ou du candidat : <input type="checkbox"/> Permis de conduire ou <input type="checkbox"/> Assurance maladie ou <input type="checkbox"/> Passeport			
Signature de la personne représentant l'organisme qui a procédé à l'identification		Date	Année Mois Jour

Section 2 À REMPLIR PAR LA CANDIDATE OU LE CANDIDAT			
Nom		Prénom	
Date de naissance		Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	N° permis de conduire ou N° assurance maladie
Adresse (N°, rue, ville)			Code postal
Téléphones	Ind. rég. Résidence	Ind. rég. Bureau	N° de poste
Antécédent judiciaire : Avez-vous été déclaré coupable d'une infraction criminelle ou pénale (autre qu'une infraction à la circulation routière) ou êtes-vous sur le coup d'une poursuite à cet égard?			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si oui, précisez :			
Adresse précédente (N°, rue, ville) si moins de cinq ans de votre adresse actuelle		Code postal	De (année/mois) À (année/mois)
Employeur actuel			
Adresse de l'employeur (N°, rue, ville)		Code postal	De (année/mois) À (année/mois)

Je soussigné(e), consens à ce que le Service de police de la Ville de Québec vérifie mes empêchements, c'est-à-dire, toute déclaration de culpabilité ou toute mise en accusation pour une infraction criminelle, de même que toute inconduite pouvant raisonnablement faire craindre pour la sécurité physique ou morale des personnes vulnérables auprès de qui je serai appelé(e) à œuvrer. Sont également considérées comme des empêchements les infractions énumérées à l'annexe de la Loi sur le casier judiciaire, L.R.C. (1985) ch. C-47, même si celles-ci ont fait l'objet d'une suspension de casier. Je consens également à ce que le Service de police de la Ville de Québec fasse les vérifications dans tous les dossiers et banques de données qui lui sont accessibles, à partir des critères de filtrage identifiés à l'annexe A et qu'il transmette les résultats selon les procédures et directives en vigueur au Service de police de la Ville de Québec.

Oui Non

Je m'engage à informer l'organisme de toute inconduite manifestée ou infraction commise à la suite de cette déclaration.

Oui Non

Je certifie que les renseignements fournis sur cette demande sont exacts et complets.

Oui Non

Signature de la candidate ou du candidat	Date	Année Mois Jour
--	------	-----------------

Signature du parent ou du tuteur (Si la candidate ou le candidat est âgé de moins de 18 ans)	Date	Année Mois Jour
---	------	-----------------