

➤ **MOTIF DE VOTRE DEMANDE D'EMPLOI :**

L'intéressé(e) soussigné(e) certifie
L'exactitude des renseignements

Fait à _____ le ___/___/___

Signature

Joindre :

- un curriculum vitae avec **dates précises** des emplois précédents
- un relevé d'identité bancaire ou postal (RIB) à votre nom
- une photocopie de la carte de sécurité sociale (Carte Vitale)
- une photocopie de la carte d'identité
- une copie du **certificat de vaccination contre la COVID 19**
- **une attestation vaccinale à compléter par le médecin traitant et l'intéressé(e)**

Les demandeurs d'emploi saisonnier, pour les congés d'été devront, **au moment de la date limite de dépôt du dossier, (soit le 17 avril 2022)**, être à jour des vaccinations obligatoires : diphtérie, tétanos, poliomyélite, B.CG. (tubertest), **l'hépatite B et justifier d'un schéma vaccinal complet contre la COVID 19.**

En l'absence de ces vaccinations, la candidature ne sera pas retenue.

Les remplaçants d'été qui postulent pour la première fois devront fournir un dosage du taux d'anticorps, anti HBs. Cette prise de sang devra être réalisée à distance d'au moins 4 à 6 semaines après la dernière injection.

Seules seront prises en compte les candidatures accompagnées de l'attestation vaccinale jointe au dossier, qui devra être dûment complétée par le médecin traitant et le demandeur

➤ Une fois complété, ce dossier de candidature doit être remis **avant le 17 avril 2022** à l'adresse suivante :

MISSION LOCALE DU VELAY - POINT INFO JEUNESSE DU VELAY

Cité Négocia

2, rue Pierret

43000 LE PUY EN VELAY

Téléphone : [04 71 07 09 09](tel:0471070909)

N.B. :

Le dépôt d'une demande d'emploi n'implique pas obligatoirement le recrutement.

Le dossier de demande d'emploi complété n'engage pas l'établissement à donner une suite favorable à la candidature.

CONDITIONS DE RECRUTEMENT DES DEMANDEURS D'EMPLOI MESURES DE PRECAUTIONS

Nos Réf. :

- Avis du Médecin « Santé au travail »
- Avis favorable du CHSCT en date du 10 mai 2016
- Instruction N°DGS/RI1/R12/2014/21 du 21 janvier 2014 relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du Code de la Santé Publique

ATTESTATION

*A compléter par le médecin traitant
et pour signatures (médecin traitant et demandeur d'emploi)*

Je soussigné(e), Docteur certifie que :

Madame :

Monsieur :

Est à jour des vaccinations obligatoires ci-après désignées selon les exigences réglementaires et les recommandations en vigueur et bien vouloir **cocher les cases correspondantes** :

Vaccinations obligatoires pour tous les demandeurs d'emploi quel que soit leur lieu d'affectation

Diphtérie – Tétanos – Polio (+ coqueluche recommandée)

BCG

Hépatite B

Selon le texte en vigueur depuis 2013 **une preuve d'immunité contre l'hépatite B, quel que soit le nombre de vaccinations effectuées, est indispensable** :

⇒ Si les anticorps anti HBs sont **supérieurs à 100**, le postulant est considéré comme immunisé

⇒ Si les anticorps sont **compris entre 10 et 100**, il faut effectuer un dosage d'anticorps anti HBc, qui doit être négatif

⇒ Si les anticorps anti HBs sont **inférieurs à 10**, le postulant ne pourra pas être admis à faire un remplacement au Centre Hospitalier Emile Roux. Il est considéré comme **non immunisé**

Le demandeur d'emploi,
NOM Prénom :
Date et signature

Le médecin traitant,
Date, signature et cachet

Tout dossier incomplet fera l'objet d'un rejet de la demande