



SOCIÉTÉ D'ÉVALUATION FONCIÈRE DES MUNICIPALITÉS

Formulaire de consentement à la vérification des références

N° de poste : - - Titre du poste :

Veillez fournir **trois** références récentes de personnes de qui vous relevez (p. ex. : gestionnaires ou superviseurs).

1	Nom : <input type="text"/>	Téléphone : (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/> Poste <input type="text"/>
	Titre : <input type="text"/>	Organisation : <input type="text"/>
	Relation : <input type="text"/>	Nombre d'années que cette personne vous connaît: <input type="text"/>
	Email : <input type="text"/>	
2	Nom : <input type="text"/>	Téléphone : (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/> Poste <input type="text"/>
	Titre : <input type="text"/>	Organisation : <input type="text"/>
	Relation : <input type="text"/>	Nombre d'années que cette personne vous connaît: <input type="text"/>
	Email : <input type="text"/>	
3	Nom : <input type="text"/>	Téléphone : (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/> Poste <input type="text"/>
	Titre : <input type="text"/>	Organisation : <input type="text"/>
	Relation : <input type="text"/>	Nombre d'années que cette personne vous connaît: <input type="text"/>
	Email : <input type="text"/>	

Les renseignements personnels figurant sur ce formulaire sont recueillis en vertu des dispositions des articles 8 et 9 de la *Loi sur la SEFM* et de l'article 29 de la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée*. En signant ci-dessous, je donne à la Société d'évaluation foncière des municipalités (SEFM) la permission de prendre contact avec les personnes susmentionnées pour obtenir des renseignements personnels et relatifs à mon emploi qui me concernent. Ces personnes sont autorisées à divulguer de tels renseignements à la SEFM et savent que la SEFM pourrait prendre contact avec elles. Je comprends que la SEFM recueillera et utilisera ces renseignements afin d'évaluer ma candidature à des fins d'emploi relatives au concours pour le poste susmentionné.

Inscrire le nom en caractères d'imprimerie :

Signature : _____ Date : ____ / ____ / ____
MM JJ AAAA