



PROGRAMME STAGE D'EMPLOI ÉTUDIANT POUR DEMAIN (SEED) Composante Stage COOP

*Financé par le gouvernement
de Canada et la province de
Nouveau-Brunswick dans le
cadre des Ententes Canada/
Nouveau-Brunswick sur le
marché de travail*

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR EMPLOYEUR (Form available in English)

LES FORMULAIRES INCOMPLETS SERONT RETOURNÉS / VEUILLEZ IMPRIMER CLAIREMENT

Nom légal, tel qu'enregistré, de l'entreprise, de l'organisme,
ou du Ministère:

Nom de la division, section, etc (si applicable):

Adresse civique :

Adresse Postale:

Cité, ville, village:

Province:

Code postal:

Lieu où est l'entreprise:

Adresse site web (si applicable):

Principale activité de l'entreprise ou de l'organisme:

M. Nom de la personne contact:

Mme.

Langue officielle préférée pour correspondance?

Anglais Français

Numéro du téléphone:

Numéro alternatif #1: Cellulaire Domicile

Numéro alternatif #2: Cellulaire Domicile

Numéro de télécopieur:

Adresse de courrier électronique (si applicable):

Type d'employeur: Gouvernement

Université

CCNB

Corporation hospitalière

Numéro d'employeur (de l'Agence du Revenu du Canada)

RP00

Tous les employeurs **DOIVENT** avoir un numéro de paye.

Veillez communiquer avec l'Agence du Revenu du Canada au 1-800-959-7775 afin d'obtenir de l'information.

Emploi(s) demandé(s) pour ce (ces) stage(s)

Veillez lister les emplois en ordre de priorité. Si de l'espace additionnel est nécessaire, ajouter une feuille séparée.

Nombre d'emploi	Titre d'emploi	CNP (usage bureau)	Lieu de travail (cité, ville, ou village)	Hres/ semaine	Semaines Totales	Date de début prévu (AAAA/MM/JJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aucune demande ne sera acceptée sans cette information.

Vous DEVEZ embaucher un(e) étudiant(e) inscrit(e) dans un programme d'enseignement coopératif reconnu. Veuillez communiquer avec l'établissement post-secondaire offrant le programme co-opératif et identifiez l'étudiant(e) COOP avant de soumettre le formulaire de demande.

Veillez indiquer le nom du programme et l'institution d'enseignement.

PROGRAMME**INSTITUTION**

Le programme COOP est-il enregistré auprès de l'Association canadienne de l'enseignement coopératif (ACDEC)? Oui Non

Certains de ces emplois sont-ils déjà subventionnés par d'autres programmes du gouvernement? Oui Non

Est-ce que les postes demandés remplacent ou déplacent des employés permanents mis à pied, en vacances, en congé parental ou de maladie? Oui Non

Les syndicats ont-ils été consultés pour les catégories d'emploi visées par une convention collective? Oui Non S/O

ENTENTE - Employeur

J'atteste, par la présente, que les renseignements fournis sur cette demande sont exacts. Si approuvé, je comprends que si je n'adhère pas aux critères d'admissibilités, règles et règlements du programme, le Ministère peut annuler le contrat. Également, je comprends qu'en étant employeur, je serai responsable de payer les cotisations de Travail sécuritaire NB pour l'employé(s) sous ce programme. Je certifie que j'ai lu, compris, signé, et daté le Formulaire de consentement du ci-joint, et que je peux garder une copie pour mes dossiers.

Signature du requérant

Date

Les demandes remplies peuvent être envoyées par la poste ou par télécopieur

Ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail
C.P. 6000
Chestnut Complex
Fredericton, NB E3B 5H1
Télécopieur - (506) 453-2148

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE, L'UTILISATION ET LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU CLIENT

Le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail (le Ministère), ses agents et ses fournisseurs de services (tiers) sont les organisations qui fournissent les programmes et les services reliés à l'emploi.

Les renseignements (y compris les renseignements personnels, commerciaux, et financiers) que vous fournissez pour ces programmes et services sont recueillis par le Ministère, ses agents et ses fournisseurs de services en vertu du paragraphe 37(1)(b) de la *Loi sur le droit à l'information et à la protection de la vie privée*; L.N.B. 2009, ch. R-10.6 (LDIPVP) dans le cadre de la gestion des programmes et des services reliés à l'emploi établis en vertu des Ententes Canada-Nouveau-Brunswick sur le marché du travail. Veuillez consulter la définition de renseignement personnel dans la LDIPVP pour plus de détails sur ce qui est considéré comme étant un renseignement personnel.

Les renseignements que vous fournissez sont protégés et traités conformément à la LDIPVP et à la *Politique de gestion des documents et dossiers*. Si vous avez des questions ou des préoccupations relatives au présent formulaire de consentement, le processus de demande, au traitement de vos renseignements ou aux programmes et services, veuillez communiquer avec votre bureau régional du Ministère.

Tout renseignement fourni doit être précis; veuillez immédiatement informer le Ministère, ses agents et ses fournisseurs de services de tout changement.

Consentement à la collecte, l'accès, l'utilisation et la communication des renseignements

Je, personne-ressource au nom de _____ (*veuillez imprimer le nom de l'entreprise*), autorise par la présente le Ministère, ses agents et ses fournisseurs de services à recueillir et utiliser les renseignements fournis par moi:

- afin d'établir et de vérifier l'admissibilité de l'entreprise aux programmes ou aux services auxquels je désire m'inscrire ou recevoir en son nom;
- afin d'aider l'entreprise à atteindre ses objectifs professionnels ou commerciaux, ou les deux, ce qui comprend le suivi des progrès de l'entreprise au cours de sa participation au programme ou au service, ou les deux; et
- afin de communiquer avec moi au cours de la participation de l'entreprise au programme ou au service, ou les deux, dans le but de recueillir des renseignements relativement à sa participation pour assurer le suivi et l'évaluation des programmes ou services visés à des fins de recherche et d'amélioration continue à la programmation.

Je comprends qu'il faudra peut-être communiquer ces renseignements à ces fins. Alors j'autorise par la présente le Ministère, ses agents et ses fournisseurs de services à communiquer ces renseignements, lorsque nécessaire, à d'autres directions du Ministère, à d'autres ministères du gouvernement et agences du Nouveau-Brunswick et à des tiers évaluateurs.

Je reconnais que la présente autorisation est valide pour la durée de la participation de l'entreprise aux programmes ou aux services et la période de suivi qui y est associée, et pour effectuer une évaluation de ces derniers telle qu'établi par le Ministère.

Je comprends que je, ou une autre personne-ressource de l'entreprise, peux annuler par écrit ce consentement à tout moment et, ce faisant, nous comprenons que l'entreprise ne pourra plus participer au programme ou au service visé en raison des exigences fixées par les Ententes Canada-Nouveau-Brunswick sur le marché du travail.

Nom de l'entreprise (*en lettres moulées*)

Nom de la personne-ressource (*en lettres moulées*)

Signature de la personne-ressource

Date

Financé par les gouvernements de Canada et de Nouveau-Brunswick grâce aux Ententes Canada-Nouveau-Brunswick sur le marché de travail