



Veuillez utiliser **Adobe Acrobat Reader** pour compléter ce formulaire.

### 1<sup>RE</sup> EMBAUCHE À LA FACULTÉ DE PHARMACIE

Prénom \_\_\_\_\_

Prénom légal (si différent) \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ-MM-AAAA) \_\_\_\_\_

Étudiant UdeM      Oui      Non

Étudiant présentement inscrit à l'UdeM      Oui      Non

Cycle d'études en cours \_\_\_\_\_

Matricule étudiant UdeM (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

NAS \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Adresse :

Rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Adresse courriel \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Pays de naissance \_\_\_\_\_

Faculté \_\_\_\_\_

Matricule employé UdeM (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

Date d'expiration NAS \_\_\_\_\_

*Si votre NAS débute par 9, veuillez nous fournir votre permis d'étude ainsi qu'une preuve d'inscription ou votre permis de travail pour fin de vérification.*

Appartement \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

### RÉEMBAUCHE À LA FACULTÉ DE PHARMACIE

Prénom \_\_\_\_\_

Prénom légal (si différent) \_\_\_\_\_

Matricule employé UdeM \_\_\_\_\_

Étudiant présentement inscrit à l'UdeM      Oui      Non

Cycle d'études en cours (si étudiant UdeM) \_\_\_\_\_

Changement d'adresse récent\* \*\*      Oui      Non

Rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Adresse courriel \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

NAS (Si matricule inconnu) \_\_\_\_\_

*Si votre NAS débute par 9, veuillez nous fournir votre permis d'étude ainsi qu'une preuve d'inscription ou votre permis de travail pour fin de vérification.*

(si oui, remplir le champs adresse ci-dessous)

Appartement \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

\* Si vous êtes étudiant de l'UdeM vous êtes responsable de faire votre changement d'adresse au <https://ti.umontreal.ca/formulaires/demande-daide-ressources-humaines/>

\*\* Les étudiants doivent s'assurer d'avoir une adresse postale valide et courriel « umontreal » actif à partir du 17 novembre 2017