



Hôpitaux
Universitaires
Genève

Direction des ressources humaines

Renseignements personnels

Ce document est confidentiel. Il sert à mieux vous faire connaître et à compléter votre dossier de candidature. Merci d'avance de le remplir complètement et consciencieusement.

Emploi postulé

Fonction :	Taux d'activité :
Service :	Date d'entrée en fonction envisagée :

Identité

Nom :	Prénom : le prénom usuel en majuscules	Sexe m ☐ f ☐
Nom de jeune fille :	Nationalité :	
Commune et canton d'origine (pour les Suisses) :		
Date de naissance :	Lieu de naissance :	N° AVS :
Adresse privée complète :		
Tél. :	E-mail :	Tél. mobile :
Nom et prénom de votre père :		
Nom de jeune fille et prénom de votre mère :		
Personne à prévenir en cas d'urgence :		
Adresse :		Tél. :

Permis de travail délivré par les autorités suisses

Oui ☐	Non ☐	Si oui, lequel ?	Canton ?
------------------------------	------------------------------	------------------	----------

Situation de famille

☐ Célibataire	☐ Marié-e	Date du mariage :	Lieu du mariage :
☐ Veuf-ve le :	☐ Séparé-e le :	☐ Divorcé-e le :	☐ Pacsé-e le :
Nom du conjoint (de jeune fille pour l'épouse) :		Prénom :	
Date de naissance :		Nationalité :	
Vit-il-elle à Genève ? oui ☐ non ☐		Est-il-elle autorisé-e à y travailler ? oui ☐ non ☐	
Si oui, nom de son employeur :			
No AVS (si existant) :			

Enfant-s de moins de 25 ans

Nom	Prénom	Date de naissance	Nationalité	No AVS (si existant)	Sexe
					m ☐ f ☐
					m ☐ f ☐
					m ☐ f ☐
					m ☐ f ☐
Pour l'-les enfant-s mentionné-s ci-dessus :					
Vit-ivent-il-s à Genève ?		oui ☐ non ☐	Viendra-ont-il-s à Genève ?		oui ☐ non ☐

Permis de conduire

Oui ☐	Non ☐	Précisez catégorie :
------------------------------	------------------------------	----------------------

Formation post-obligatoire

Commerciale ☐ Supérieure ☐					
Etat des études supérieures et universitaires, ou formations professionnelles (joindre les copies de certificats, diplômes et attestations de stages)					
Nom et adresse de l'établissement	Date exacte (jj.mm.aa)		Durée des études ans mois		Diplômes, certificats, titres, attestations Date exacte d'obtention (jj.mm.aa)

Situation actuelle (avant votre engagement aux HUG) :

En emploi	oui ☐	non ☐	
En recherche d'emploi	oui ☐	non ☐	si oui, depuis quand ? :
Percevez-vous des prestations de l'assurance chômage ? :	oui ☐	non ☐	si oui, depuis quand ? :
Percevez-vous des prestations financières versées par l'Hospice général ? :	oui ☐	non ☐	si oui, depuis quand ? :
Etes-vous au bénéfice d'une rente ? :	oui ☐	non ☐	si oui, depuis quand ? :
De quel type de rente s'agit-il ? :			

Activités professionnelles (de votre place actuelle à votre premier emploi) : **Il est obligatoire de joindre tous les certificats ou attestations de travail de votre parcours professionnel. Ils peuvent influencer votre salaire, de plus, la remise de documents après l'entrée en vigueur du contrat n'entre plus en considération. Ceci s'adresse à tous.**

Emploi actuel (sauf médecin)

Nom et adresse complète :		
		Tél. :
Emploi occupé :		Salaire :
Description de votre travail :		
Date d'entrée :	Date de départ :	Motif :
Si vous êtes encore en fonction, quel est votre préavis légal ?		

Emploi précédent (sauf médecin)

Nom et adresse complète :		
		Tél. :
Emploi occupé :		Salaire :
Description de votre travail :		
Date d'entrée :	Date de départ :	Motif :

Pour tous les professionnels de la santé

Inscription au registre fédéral de la santé (MEDREG/NAREG): oui ☐ non ☐		
Date / lieu :		
Pour les médecins (MEDREG) - Code GLN :		
Droit de pratique à titre indépendant : oui ☐ non ☐		Date :
Pour les infirmier·ère·s (NAREG) – identifiant personnel et code GLN :		
Droit de pratique : oui ☐ non ☐		Date :

Pour les médecins uniquement

Diplôme (joindre la copie du diplôme – l’original devra être présenté en cas d’engagement)			
Date / lieu :			
Postes occupés depuis l’obtention du diplôme (assistantat) :			
Etablissement (nom et adresse)	Fonction	du	au
Spécialisation FMH :		Date :	
Autres spécialisations :		Date :	
Thèse :		Titre :	

Pour les futur-es apprenti-es mineur-es uniquement

Dernière école suivie :	Année :	Degré :	Section :
Représentant légal :			
Adresse :		N° postal :	
Agissant en qualité de :	Père ☐	Mère ☐	Tuteur ☐ Curateur ☐

Pour tous – activité-s accessoire-s

Votre activité aux HUG est –elle une activité :	principale ☐	accessoire ☐
Exercez-vous une activité rémunérée en plus de celle aux HUG ?	oui ☐	non ☐
Allez-vous poursuivre cette activité lors de votre engagement aux HUG ?	oui ☐	non ☐
Si oui, cette activité est-elle :	dépendante ☐	indépendante ☐
Si activité dépendante, nom et adresse de l'employeur :		

Déclaration de conflit d'intérêts

Un conflit d'intérêts est susceptible de survenir lorsqu'un membre du personnel des HUG poursuit, ou donne l'impression de poursuivre, un intérêt (notamment personnel, professionnel ou financier) concurrent de ceux de son employeur. Il peut ainsi en découler un effet, réel ou perçu, sur sa capacité à remplir ses fonctions en parfaite conformité avec les intérêts des HUG (art. 20ss Statut du personnel). De tels conflits peuvent créer la perception que le jugement de ce membre du personnel est biaisé et ainsi compromettre tant la confiance du public que l'image des HUG.

Avez-vous des membres de la famille (conjoint, partenaire domestique reconnu, père, mère, fils, fille, frère ou sœur) ou des proches parents (tante, oncle, cousin, belle-famille, famille recomposée) employés par les HUG ou en relation commerciale avec les HUG ? :

oui ☐ non ☐

Si oui, merci de partager son nom, prénom et le type de relation :

Avez-vous fait l'objet de procédures disciplinaires pour une conduite ayant entraîné une sanction disciplinaire de la part d'un employeur précédent ?

Oui ☐ non ☐

Avez-vous connaissance d'un potentiel conflit d'intérêt vous concernant qui pourrait avoir un impact sur votre capacité à remplir vos responsabilités au sein des HUG (p. ex. relation commerciale avec les HUG, participations dans une société, liens particuliers, etc.) ?

oui ☐ non ☐

Si oui, merci de partager son nom, prénom et le type de relation :

Je m'engage à informer ma hiérarchie et mon responsable des ressources humaines sans délai de toute potentielle situation de conflit qui pourrait survenir postérieurement au présent engagement.

Je certifie que les déclarations faites dans mon profil personnel sont vraies, complètes et correctes. Je certifie également que tout document qui pourrait m'être demandé à l'appui de ma candidature est authentique et précis. Je comprends qu'une déclaration fausse ou trompeuse, ou la dissimulation d'informations pertinentes, peut entraîner le retrait de toute offre d'emploi ou la résiliation de l'emploi.

- Nous attirons l'attention sur les points suivants :
- Tous-tes les collaborateurs-trices ont l'obligation d'être affilié-es à une caisse maladie ou à un système équivalent.
 - Des informations sur la situation de famille seront transmises aux autorités cantonales et fédérales.

Date : _____

Signature : _____