



EMPLOYEE QUESTIONNAIRE RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ(E)

SIN - NAS
PRI - CIDP

<p>This information is being collected for the purpose of maintaining accurate personnel data. It is protected from disclosure to unauthorized persons / agencies pursuant to the Provisions of the <i>Privacy Act</i>. Under the Act you have the right to request access to your personal information held by a federal government institution and to request corrections should you believe the information contains errors or omissions.</p>	<p>Les renseignements sont recueillis aux fins de mise à jour de votre dossier personnel et ils sont protégés contre toute divulgation à des personnes ou à des organismes non autorisés. Conformément aux dispositions de la <i>Loi sur la protection des renseignements personnels</i>. Aux termes de la dite loi, vous avez le droit de vous faire communiquer les renseignements personnels vous concernant et conservés par une institution du gouvernement Fédéral et de demander des corrections si, selon vous, ils sont erronés ou incomplets.</p>
--	---

Last or family name - Nom de famille	First name(s) - Prénoms	Maiden name (if applicable) - Nom de jeune fille (s'il y a lieu)
--------------------------------------	-------------------------	--

Marital Status - Situation matrimoniale

<input type="checkbox"/> Single Célibataire	<input type="checkbox"/> Married Marié(e)	<input type="checkbox"/> Widowed Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Separated Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Divorced Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Other Autre
--	--	--	---	---	---

Date of Birth - Date de naissance	Place of Birth - Lieu de naissance	Sex - Sexe <input type="checkbox"/> Male Masculin <input type="checkbox"/> Female Féminin	Citizenship - Citoyenneté	<input type="checkbox"/> Birth Naissance <input type="checkbox"/> Naturalization Naturalisation
-----------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------	--

Mailing address - Adresse postale	Home address - Adresse de domicile	Telephone No. - N° de téléphone
-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

First Official Language - Première langue officielle	Preferred Language - Langue de préférence	Mother tongue - Langue maternelle
--	---	-----------------------------------

Next of kin and relationship - Proche parent et lien	Address - Adresse
Telephone no. - N° de téléphone	

If you are receiving a pension from the Government of Canada indicate which: Pension No
Si vous recevez une pension du gouvernement du Canada, précisez laquelle : N° de pension

<input type="checkbox"/> <i>Canadian Forces Superannuation Act</i> <i>Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes</i>	
<input type="checkbox"/> Canada/Quebec Pension Plan - Specify type Régime de pensions du Canada/Québec - préciser le type	
<input type="checkbox"/> <i>RCMP Superannuation Act</i> <i>Loi sur la pension de la GRC</i>	
<input type="checkbox"/> <i>Public Service Superannuation Act</i> <i>Loi sur la pension de la fonction publique</i>	
<input type="checkbox"/> Other - specify Autre - préciser	
<input type="checkbox"/> I am Je suis <input type="checkbox"/> I am not Je ne suis pas	→ currently employed with another federal government department à l'emploi d'un autre ministère du gouvernement fédéral if yes, specify which department and employment status - Si oui, préciser le ministère et le statut d'emploi



EMPLOYMENT HISTORY - EMPLOIS PRÉCÉDENTS

Employer's name and address Nom de l'employeur et adresse	From De	To A	Subject to a Pension Plan Assujéti à un plan de pension	Benefit rec'd on termination Indemnisation reçu au départ

I certify that the above information I have provided is true and complete to the best of my knowledge.
J'atteste que les renseignements que j'ai fournis ci-dessus sont à ma connaissance exacts et complets.

Signature

Date

<p>Note: If you are unable to use encrypted digital signature, please send us a hand-signed and scanned version OR an email along with the form stating: "I, (NAME), confirm on (DATE) that I am unable to sign the Employee Questionnaire form. Please accept this e-mail in lieu of a signature."</p>	<p>Note : Si vous êtes incapable de signer avec une signature numérique cryptée, veuillez svp nous envoyer une version signée à la main et numérisée OU un courriel avec ce formulaire indiquant que : « Je, (NOM), confirme le (DATE) que je ne suis pas en mesure de signer le Formulaire de renseignements sur l'employé(e). Veuillez accepter ce courriel en lieu et place d'une signature. »</p>
---	---