

Nom :

Numéro de membre :

Date :

L'Institut d'assurance du Canada

18, rue King Est, 6e étage
Toronto, ON M5C 1C4
Sans frais : 1 866 362-8585
Télec. : 416 362-2692
www.institutdassurance.ca

Expérience de travail

Emploi occupé actuellement et emplois antérieurs (à partir du plus récent)

Employeur :
Titre du poste :
Tâches et
responsabilités :

Date de début :
Date de fin :

Nombre d'employés
relevant directement
de vous :

Employeur :
Titre du poste :
Tâches et
responsabilités :

Date de début :
Date de fin :

Nombre d'employés
relevant directement
de vous :

Employeur :
Titre du poste :
Tâches et
responsabilités :

Date de début :
Date de fin :

Nombre d'employés
relevant directement
de vous :

Employeur :
Titre du poste :
Tâches et
responsabilités :

Date de début :
Date de fin :

Nombre d'employés
relevant directement
de vous :

Employeur :
Titre du poste :
Tâches et
responsabilités :

Date de début :
Date de fin :

Nombre d'employés
relevant directement
de vous :

Références

Une ou plusieurs personnes pouvant attester l'exactitude des renseignements indiqués précédemment.
Nous ne communiquerons pas nécessairement avec ces personnes.

Nom

Relation

Numéro de téléphone

Adresse de courriel

Déclaration

Les renseignements fournis dans le présent formulaire visent à confirmer que je réponds aux critères du programme de FPAA de l'Institut d'assurance en matière d'expérience de travail pertinente.

Je confirme que tous les renseignements figurant dans le présent formulaire et dans tout document fourni à l'appui sont exacts et représentent fidèlement mon expérience de travail.

En cliquant cette case et en envoyant le formulaire, je signifie mon accord avec la déclaration ci-dessus.