

DATE LIMITE D'INSCRIPTION :
 6 AVRIL 2012

PROGRAMME DE CONGÉS-EDUCATION PAYÉS
FORMULAIRE DE VÉRIFICATION DES SALAIRES ET TEMPS PERDU
PRIÈRE D'ÉCRIRE LISIBLEMENT

NAS: _____ SECTION LOCALE: _____ UNITÉ: _____

Prénom: _____ NOM DE LA COMPAGNIE: _____

Nom de famille: _____

Surnom: _____ Téléphone (rés.): _____

Adresse: _____ Téléphone (travail): _____

_____ Date de naissance: (m/j/a): _____

Ville: _____ Sexe: Homme Femme

Province: _____ Personne à aviser en cas d'urgence: _____

Code postal: _____ Téléphone: _____

Fumeur ou fumeuse?

(Le Centre d'Éducation des TCA est un environnement entièrement sans fumée. Votre réponse n'a pour but que de faciliter l'assignation de votre chambre).

Taux des heures de travail perdues courant: \$ _____ + Indexation: \$ _____ = Taux horaire total: \$ _____		
Changement de taux prévu: (Quand) _____		Combien: \$ _____
Heures/Période de paye: _____	Taux de l'équipe de soir: \$ _____	Taux de l'équipe de nuit: _____
Corps de métier? Oui: _____ Non: _____	% de paye de vacances (le cas échéant): _____ % <small>Requis seulement si une perte de journée(s) de vacances a lieu pendant votre participation au programme.</small>	

EN CAS DE SALAIRE CONTINU, NE PAS COMPLÉTER (SI L'EMPLOYEUR CONTINUE DE VERSER DIRECTEMENT LE SALAIRE PENDANT LE PROGRAMME)

Aucun changement au taux horaire ne sera fait sans vérification préalable du talon de paie ou auprès de la section locale. Nous encourageons le dépôt direct pour éviter les délais postaux. Prière de joindre un chèque portant la mention <<ANNULÉ>>.

Demande pour camarade de chambre: _____

Signature du candidat: _____ Date: _____

Vérification, section locale : _____ (Signature)

_____ (Nom en lettres moulées)

 (Président, secrétaire financier ou président d'usine)

FORMULAIRE DE L'ÉTUDIANT (E)

DATE LIMITE D'INSCRIPTION :
 29 AVRIL 2012

PROGRAMME DE CONGÉS-EDUCATION PAYÉS
FORMULAIRE DE VÉRIFICATION DES SALAIRES ET TEMPS PERDU
PRIÈRE D'ÉCRIRE LISIBLEMENT

NAS: _____ **SECTION LOCALE:** _____ **UNITÉ:** _____

Prénom: _____ **NOM DE LA COMPAGNIE:** _____

Nom de famille: _____

Surnom: _____ **Téléphone (rés.):** _____

Adresse: _____ **Téléphone (travail):** _____

_____ **Date de naissance: (m/j/a):** _____

Ville: _____ **Sexe:** Homme Femme

Province: _____ **Personne à aviser en cas d'urgence:** _____

Code postal: _____ **Téléphone:** _____

Fumeur ou fumeuse?

(Le Centre d'Éducation des TCA est un environnement entièrement sans fumée. Votre réponse n'a pour but que de faciliter l'assignation de votre chambre).

Taux des heures de travail perdues courant: \$ _____ + Indexation: \$ _____ = Taux horaire total: \$ _____		
Changement de taux prévu: (Quand) _____ Combien: \$ _____		
Heures/Période de paye: _____	Taux de l'équipe de soir: \$ _____	Taux de l'équipe de nuit: _____
Corps de métier? Oui: _____ Non: _____	% de paye de vacances (le cas échéant): _____ % <small>Requis seulement si une perte de journée(s) de vacances a lieu pendant votre participation au programme.</small>	

EN CAS DE SALAIRE CONTINU, NE PAS COMPLÉTER (SI L'EMPLOYEUR CONTINUE DE VERSER DIRECTEMENT LE SALAIRE PENDANT LE PROGRAMME)

Aucun changement au taux horaire ne sera fait sans vérification préalable du talon de paie ou auprès de la section locale. Nous encourageons le dépôt direct pour éviter les délais postaux. Prière de joindre un chèque portant la mention <<ANNULÉ>>.

Demande pour camarade de chambre: _____

Signature du candidat: _____ **Date:** _____

Vérification, section locale : _____ (Signature)
 _____ (Nom en lettres moulées)

(Président, secrétaire financier ou président d'usine)

FORMULAIRE DE L'ÉTUDIANT (E)