

PROGRAMME DE CONGÉS-ÉDUCATION 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: _____	Téléphone (rés.): _____	
Sexe: Homme ☐ Femme ☐	Téléphone (travail): _____	
Adresse: _____	Téléphone (cell.): _____	
	Courriel : _____	
Ville: _____	Date de naissance: (m/j/a): _____	
Province: _____	Personne à aviser en cas d'urgence: _____	
Code postal: _____	Téléphone: _____	
Fumeur ou fumeuse? OUI ☐ NON ☐	(votre réponse n'a pour but que de faciliter l'attribution de votre chambre)	
Autochtone ou racisé(e)? OUI ☐ NON ☐	(pour nos statistiques seulement)	
Condition particulière (handicap, condition médicale, régime alimentaire particulier, etc.)? OUI ☐ NON ☐		
Si oui, détaillez : _____		

(NE PAS COMPLÉTER CETTE SECTION SI L'EMPLOYEUR CONTINUE DE VERSER DIRECTEMENT LE SALAIRE PENDANT LE PROGRAMME)

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 paie de vacances (le cas échéant): _____ %
Requis seulement si votre paie de vacances est incluse dans votre paie régulière (conformément à votre convention collective)

ÊTES-VOUS UN TRAVAILLEUR : À TEMPS PLEIN? ☐ À TEMPS PARTIEL? ☐

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)

Titre (Président, secrétaire financier ou président d'usine)

☛ Si le candidat ou la candidate occupe l'une des fonctions indiquées ci-dessus, la vérification doit être faite par une tierce personne dûment autorisée.

FORMULAIRE DE LA PARTICIPANTE OU DU PARTICIPANT