Formulaire de remboursement des dépenses de la section locale

Cours réguliers (programmes de 3 jours) non subventionnés

Note : Veuillez remplir un formulaire par participant(e).

Section locale _____ **Nom du/de la participant(e)** _____

Adresse personnelle _____

Dates du cours _____ **Endroit** _____

Titre du cours _____

Note: les dépenses remboursées ne concernent que les journées de cours. Avant de remplir le présent formulaire, veuillez revoir les directives concernant les cours réguliers éligibles pour remboursement.

1er jour	Salaire perdu		heures à		$ =	0,00 $	X 50 %	0,00 $
2e jour	Salaire perdu		heures à		$ =	0,00 $	X 50 %	0,00 $
3e jour	Salaire perdu		heures à		$ =	0,00 $	X 50 %	0,00 $

Note: Les participant(e)s doivent suivre au complet les trois jours de cours pour que le remboursement soit approuvé.

Remb. des avantages sociaux payés par l'employeur = _____ % x 0,00 $ = 0,00 $ X 50 % 0,00 $

Par exemple: vacances, assurance-emploi, Régime de pensions du Canada, s'ils sont facturés par l'employeur.

Indemnité quotidienne: _____ $ (maximum de 20 $) X 3 jours = 0,00 $ X 50 % 0,00 $

Déplacements en voiture: _____ km X _____ ¢ (maximum de 70 ¢) = 0,00 $ X 50 % 0,00 $

Total du remboursement régulier demandé : 0,00 $

Veuillez joindre les reçus et une copie des règlements ou de la politique relative aux dépenses de votre section locale.

Si les dépenses de montants excédentaires ont été préapprouvées par le Service de l'Éducation, veuillez remplir la section suivante.

Hébergement préapprouvé : _____ $ x 3 nuits = 0,00 $ X 50 % 0,00 $

NOTE: Le membre doit effectuer plus de 160 km pour se rendre à la formation.

Préapprouvé par le Service de l'éducation d'Unifor-Québec, le : _____

DATE

_____

Annie Audet, Représentante nationale

Première nuit _____ $ (90 $) + **Deuxième nuit** _____ $ (90 $) + **Troisième nuit** _____ $ (45 $) = 0,00 $ X 50 % 0,00 $

Total du remboursement excédentaire demandé : 0,00 $

NOTE: Tout co-chambreur doit effectuer 160 km entre son domicile et le lieu du cours pour avoir droit à l'allocation quodienne majorée.

Grand total demandé : 0,00 $

Vérification de la section locale:

Nom (en lettres moulées) _____ **Titre** _____
(Président, vice-président, secrétaire trésorier)

Date _____ **Signature** _____

Vérification du Syndicat national _____ **Date** _____

Note importante : soumettre ce formulaire dans les 2 mois suivant la participation à un cours régulier, à :

Annie Audet, Représentante nationale
Unifor, Service de l'Éducation
565, boul. Crémazie Est, bureau 10100
MONTRÉAL (QC) H2M 2W1
ou au educationquebec@unifor.org