



DATE LIMITE D'INSCRIPTION : 21 JANVIER 2019

**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: _____ 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

FORMULAIRE D'INFORMATION – CEP RÉGULIERS 2018-2019

NOM: _____

ADRESSE: _____

CODE POSTAL: _____ TÉLÉPHONE: _____

COURRIEL : _____

SECTION LOCALE: _____ UNITÉ: _____

MEMBRE DU SYNDICAT DEPUIS: _____ FUMEUR : OUI NON

DATE DE NAISSANCE: _____

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE: _____

JE SERAI ACCOMPAGNÉ DE MON OU MA CONJOINT(E)
POUR LA FIN DE SEMAINE PRÉPARATOIRE SEULEMENT: OUI NON

SI OUI, NOM DU/DE LA CONJOINT(E): _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE:

NOM: _____

ADRESSE: _____

TÉLÉPHONE: _____ LIEN DE PARENTÉ: _____

COURS SUIVIS DANS LE PASSÉ:

- | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------|
| LE/LA DÉLÉGUÉ(E) SYNDICAL(E) | <input type="checkbox"/> |
| LA NÉGOCIATION COLLECTIVE | <input type="checkbox"/> |
| PROCÉDURE PARLEMENTAIRE/
COMMUNICATION ORALE | <input type="checkbox"/> |
| HISTOIRE SYNDICALE | <input type="checkbox"/> |
| ÉCONOMIE/COMPTABILITÉ | <input type="checkbox"/> |

AUTRES COURS SYNDICAUX, LESQUELS? _____

COMMENT AVEZ-VOUS APPRIS L'EXISTENCE DU PROGRAMME DES CONGÉS-ÉDUCATION PAYÉS?

ÊTES-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ DIRIGEANT
OU REPRÉSENTANT SYNDICAL? OUI NON

SI OUI, QUEL(S) POSTE(S) ET QUAND? _____

AVEZ-VOUS DÉJÀ PARTICIPÉ À DES NÉGOCIATIONS DE CONVENTIONS COLLECTIVES? OUI NON
SI OUI, LESQUELLES? _____

AVEZ-VOUS DÉJÀ PRIS PART À L'ACTION SYNDICALE EN FAVEUR DE, CONTRE OU POUR MODIFIER LA
LÉGISLATION? OUI NON
COMMENT? _____

QUELS SONT VOS LOISIRS OU LES SPORTS QUE VOUS PRATIQUEZ ?

SIGNATURE DU CANDIDAT: _____

DATE: _____

SECTION RÉSERVÉE AUX MEMBRES DU COMITÉ DE SÉLECTION

RECOMMANDATION OUI NON

REMARQUES :

SIGNATURE :

PRÉSIDENT-E DE LA SECTION LOCALE

DATE : _____

S.V.P. RETOURNER LES ORIGINAUX DES FORMULAIRES (INFORMATION ET INSCRIPTION) ET, LE CAS ÉCHÉANT, DE DEMANDE DE SUBVENTION (TOTALE OU PARTIELLE), DEMANDE DE FINANCEMENT 50/50 OU DEMANDE DE SUBVENTION POUR FRAIS DE GARDE, À:

**UNIFOR, SERVICE DE L'ÉDUCATION
565, BOUL. CRÉMAZIE EST, BUREAU 10 100
MONTRÉAL (Qc) H2M 2W1**

AVANT LE 21 JANVIER 2019

UNIFOR

FORMULAIRE DE SUBVENTION POUR FRAIS DE GARDE (SI APPLICABLE)

Ce formulaire doit être complété et signé pour recevoir la subvention pour frais de garde.

NOTE: La subvention ne couvre que les frais au-delà des frais normalement encourus.

NOM DE L'ENFANT

DATE DE NAISSANCE

mois/jour/année

mois/jour/année

mois/jour/année

**Frais de garde hebdomadaires
normalement encourus :**

**Frais supplémentaires occasionnés
par votre participation au CEP :**

Nom _____

Section locale _____

Compagnie _____

**Nous autorisons, par la présente, le paiement au participant mentionné ci-dessus
d'une subvention pour frais de garde.**

Signature:

(Président ou secrétaire-financier ou président d'unité)