

**DATE LIMITE D'INSCRIPTION : 31 JANVIER 2020**

**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.): \_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Province: \_\_\_\_\_ Date de naissance: (m/j/a): \_\_\_\_\_  
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)

ÉTES-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 2019-2020

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 PRATIQUÉZ ?

---

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 31 JANVIER 2020**