

565, boul. Crémazie Est, Bureau 10 100  
MONTREAL (QC) H2M 2W1  
Téléphone : (514) 389-9223 / 1 (800) 361-0483  
Télécopieur : (514) 389-3578

DATE LIMITE D'INSCRIPTION : 25 mars

**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 <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>                                                                                    | 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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                                                                           | (votre réponse n'a pour but que de faciliter l'attribution de votre chambre) |              |
| Autochtone ou racisé(e)? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                                                                     | (pour nos statistiques seulement)                                            |              |
| Condition particulière (handicap, condition médicale, régime alimentaire particulier, etc.)? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |                                                                              |              |

**(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>>.**

Si oui, détaillez : \_\_\_\_\_

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 PERSONNE PARTICIPANTE**