

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

**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 (mois en lettres): \_\_\_\_\_  
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)

**(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>>.**

Condition particulière (handicap, condition médicale, régime alimentaire particulier, etc.)? OUI  NON

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**