PROGRAMME 50-50
(entourer si nécessaire)

UNIFOR
lesyndicat | Québec

CEP Femmes Unifor en action

DATES : du 14 au 19 mai 2023

DATE LIMITE D'INSCRIPTION : 24 MARS 2023

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)***

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

(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
Il est à noter qu'aucun animal domestique n'est autorisé au Centre d'éducation d'Unifor.

MEAL REQUIREMENTS
EXIGENCES DIÉTÉTIQUES

For health and/or medical/religious/dietary reasons **I do not** wish to be served the following: Pour une raison médicale, religieuse ou diététique, **je ne veux pas** qu'on me serve les aliments suivants :

pork/porc _____ beef/boeuf _____

chicken/volaille _____ fish/poisson _____

seafood/fruits de mer _____

Food Allergies/Allergies alimentaires : _____

_____

_____

This completed form will not be kept on file after the dates specified below.
Ce formulaire que vous avez rempli ne sera pas gardé dans nos dossiers après les dates spécifiées ci-dessous.

Arrival date: Departure date:
Date d'arrivée : _____ Date de départ : _____

Name of course or conference:
Nom du cours ou de la conférence : _____

Name of participant:
Nom du/de la participante : _____

Local union: Room number:
Section locale : _____ Numéro de chambre : _____

VEUILLEZ FAIRE PARVENIR VOTRE FORMULAIRE D'INSCRIPTION DÛEMENT REMPLI À L'ADRESSE COURRIEL
educationquebec@unifor.org