PROGRAMME 50/50
(entourer si nécessaire)

Cours CEP RÉGULIERS 2016 / 2017
Fin de semaine préparatoire : 17 au 19 mars 2017
Semaine 1 : 2 au 7 avril 2017
Semaine 2 : 7 au 12 mai 2017
Semaine 3 : 15 au 20 octobre 2017
Semaine 4 : 3 au 8 décembre 2017

DATE LIMITE D'INSCRIPTION : 16 JANVIER 2017

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