

FORMULAIRE D'AUTORISATION D'ABSENCE LONGUE DURÉE
(CONGÉ DE PLUS DE 30 JOURS)

Demande
 Modification

| | | | |
|--|--|--|------------------------------|
| Installation d'origine : Cliquez ici pour entrer du texte. | | | Statut : |
| Nom Cliquez ici pour entrer du texte. | Prénom Cliquez ici pour entrer du texte. | Matricule : Cliquez ici pour entrer du texte. Multimatricule : <input type="checkbox"/> | TC <input type="checkbox"/> |
| Courriel Cliquez ici pour entrer du texte. | Service Cliquez ici pour entrer du texte. | Titre d'emploi Cliquez ici pour entrer du texte. | TCT <input type="checkbox"/> |
| | | | TP <input type="checkbox"/> |
| | | | TPT <input type="checkbox"/> |
| | | | OCC <input type="checkbox"/> |

| ABSENCE À TEMPS COMPLET | ABSENCE À TEMPS PARTIEL | JOURNÉES DE TRAVAIL PRÉVUES | | | | | | |
|---|--|--|---|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Avec solde <input type="checkbox"/> Congé à traitement différé <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Adoption* <input type="checkbox"/> Paternité* <input type="checkbox"/> Autres : Cliquez ici pour entrer du texte. | <input type="checkbox"/> Partiel pour études* <input type="checkbox"/> Partiel pour études + liste de rappel* <input type="checkbox"/> Retraite progressive <input type="checkbox"/> Partiel sans solde <input type="checkbox"/> Partiel parental <input type="checkbox"/> Autres : Cliquez ici pour entrer du texte. | NB DE JOURS DE TRAVAIL / SEMAINE 1 Choisissez un élément. NB DE JOURS DE TRAVAIL / SEMAINE 2 Choisissez un élément. | | | | | | |
| Sans solde <input type="checkbox"/> Congé familial* <input type="checkbox"/> Enseignement* <input type="checkbox"/> Récupération scolaire* <input type="checkbox"/> Fonction syndicale <input type="checkbox"/> Études* <input type="checkbox"/> Congé parental <input type="checkbox"/> Congé sans solde <input type="checkbox"/> Congé nordique* <input type="checkbox"/> Études + liste de rappel <input type="checkbox"/> Autres : Cliquez ici pour entrer du texte. | JOURNÉES DE CONGÉ | | | | | | | |
| | Sem. 1 | D <input type="checkbox"/> | L <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | J <input type="checkbox"/> | V <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> |
| | Sem. 2 | D <input type="checkbox"/> | L <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | J <input type="checkbox"/> | V <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> |
| | Remarques : Cliquez ici pour entrer du texte. | | | | | | | |
| | * Les congés marqués d'un astérisque doivent obligatoirement être accompagnés d'une preuve. | | | | | | | |
| PÉRIODE DE L'ABSENCE | | DURÉE DU RÉGIME À TRAITEMENT DIFFÉRÉ (DÉBUT DE PÉRIODE DE PAIE) | | | | | | |
| Date de début (dimanche) Cliquez ici pour entrer du texte. | Date de fin (samedi) Cliquez ici pour entrer du texte. | Date de début (dimanche) Cliquez ici pour entrer du texte. | Date de fin (samedi) Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte.% | | | | |

CHOIX OBLIGATOIRES – ASSURANCES ET RÉGIME DE RETRAITE

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Je désire suspendre mes régimes complémentaires et ne conserver que mon régime de base incluant les médicaments.

Je désire conserver mes protections actuelles.

Avant de suspendre les régimes complémentaires, assurez-vous de bien comprendre les implications.
Quelle que soit l'option choisie, je devrai **obligatoirement** acquitter mes cotisations d'assurance collective.
Vous devez communiquer avec le service de la paie afin de prendre entente sur le paiement pendant l'absence.

RÉGIME DE RETRAITE PENDANT UN CONGÉ SANS SOLDE COMPLET OU PARTIEL DE PLUS DE 20 %

Oui, je désire maintenir ma participation en payant ma cotisation.
Vous devez communiquer avec le service de la paie afin de prendre entente sur le paiement pendant l'absence.

SIGNATURES OBLIGATOIRES

| | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|
| Cliquez ici pour entrer du texte. | | Cliquez ici pour entrer du texte. | |
| Employé(e) – Lettres moulées | | Supérieur immédiat – Lettres moulées | |
| Signature – Employé(e) | Date : Cliquez ici pour entrer du texte. | Signature – Supérieur immédiat | Date : Cliquez ici pour entrer du texte. |

Transmettre le formulaire aux ressources humaines à : avantagessociaux.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca
SECTION RÉSERVÉE AUX RESSOURCES HUMAINES

Remarque : Cliquez ici pour entrer du texte.

Est-ce que les modalités d'obtention du congé ont été respectées? Oui Non

Motifs du non-respect : Cliquez ici pour entrer du texte.

Traité par : Cliquez ici pour entrer du texte. Date : Cliquez ici pour entrer du texte.