

Formulaire de désistement à un poste

IDENTIFICATION

Employé(e) : _____
Nom : _____ Prénom : _____
Titre d'emploi : _____

DÉTAIL DU POSTE OBTENU

Poste : _____
Titre d'emploi : _____
Syndicat : FIQ CSN 2 CSN 3 APTS
Statut : Temps complet Temps partiel
Quart : Jour Soir Nuit Rotation
Centre d'activité : _____

EMPLOYÉ(E)

✓ Je désire me désister du poste ci-haut en date du : _____

La signature du gestionnaire est requise si la période d'essai est débutée. Seuls les formulaires signés par le gestionnaire seront traités.

Raison du désistement : _____

Signature : _____

Veuillez noter qu'en vertu de certaines conventions collectives une pénalité pourrait s'appliquer

GESTIONNAIRE

Dernière journée travaillée sur le poste : _____

La réintégration sur l'ancien poste est effective à la date déterminée par l'employeur ou au plus tard à la prochaine période horaire non planifiée.

Signature : _____

À L'USAGE DE LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

Ancien # poste : _____ Centre d'activité/Service : _____

Liste de rappel avisée : _____ Date de retour sur l'ancien poste : _____

Veuillez retourner ce formulaire en personne, par la poste ou par courriel à l'attention de :

Dotation interne, Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

- Courriel : dotint.ciessler@sss.gouv.qc.ca
- Par la poste au 500, boul. des Laurentides, suite 1070, St-Jérôme (Québec) J7Z 4M2