



PROGRAMME DE FORMATION SYNDICALE EN SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

JE M'INSCRIS

Titre du cours : _____

Date(s) : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

Numéro et rue

Ville

_____ TÉLÉPHONE : _____

Code postal

Cellulaire

Travail

EMPLOYEUR : _____


TITRE D'EMPLOI : _____

SYNDICAT : _____ SECTION LOCALE : _____

FONCTION SYNDICALE : _____

JE CONFIRME MON SALAIRE PERDU...

Je, soussigné-e, confirme que ma participation à cette session de formation entraîne une perte de salaire et que l'évaluation faite ci-dessous est conforme à mon salaire perdu :

DATE	TAUX HORAIRE*	 NOMBRE D'HEURES PERDUES	TOTAL
*Ce taux ne comprend ni prime, ni bénéfice, ni vacances, ni autre avantage de quelque nature que ce soit.		SALAIRE PERDU :	

SIGNATURE

DATE

Signature du responsable du cours