



CESSATION D'EMPLOI

SECTION 1 – À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ(E)

NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE, PRÉNOM		NUMÉRO MATRICULE	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE
ADRESSE APRÈS LA DATE EFFECTIVE (N°, RUE, APP., VILLE, CODE POSTAL) SI DIFFÉRENTE DE VOTRE ADRESSE ACTUELLE		CODE POSTAL	TÉLÉPHONE
SERVICE ou REGROUPEMENT	BUREAU ou ÉCOLE	TÉLÉPHONE	TITRE DU POSTE
NATURE DE LA CESSATION D'EMPLOI		MOTIFS DE LA CESSATION D'EMPLOI	
<input type="checkbox"/> CONGÉDIEMENT (MISE À PIED) <input type="checkbox"/> RETRAITE <input type="checkbox"/> DÉMISSION <input type="checkbox"/> TRANSFERT DE DROIT <input type="checkbox"/> DÉCÈS <input type="checkbox"/> FIN DE CONTRAT		OBLIGATOIRE A <input type="checkbox"/> MANQUE DE TRAVAIL E <input type="checkbox"/> RETRAITE B <input type="checkbox"/> RETOUR AUX ÉTUDES F <input type="checkbox"/> AUTRE (spécifier) C <input type="checkbox"/> MALADIE / INVALIDITÉ D <input type="checkbox"/> MATERNITÉ G <input type="checkbox"/> FIN DE CONTRAT	
		OPTIONNEL <input type="checkbox"/> CONJOINT(E) MUTÉ(E) À L'EXTÉRIEUR <input type="checkbox"/> AUTRE EMPLOI <input type="checkbox"/> RETOUR AU FOYER <input type="checkbox"/> RAISON PERSONNELLE <input type="checkbox"/> MARIAGE <input type="checkbox"/> FIN DE CONTRAT <input type="checkbox"/> RETRAITÉ <input type="checkbox"/> AUTRE (spécifier)	
UNE LETTRE DE DÉMISSION A ÉTÉ PRÉSENTÉE	DATE EFFECTIVE DE DÉPART (AAAAMJJ) HEURE	RÉGIME DE RETRAITE	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		POUR TOUTE INFORMATION OU FORMULAIRE CONCERNANT UNE DEMANDE DE PENSION OU DE REMBOURSEMENT DES COTISATIONS VERSÉES, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES.	
OPTION DE L'ASSURANCE-VIE POUR LES EMPLOYÉS(ES) QUI DÉMISSIONNENT POUR CAUSE DE RETRAITE COMPAGNIE D'ASSURANCE INDUSTRIELLE-ALLIANCE		TRANSFERT DANS UN «REÉR» OUI NON RÉGIME DE RETRAITE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BANQUE DE CONGÉS-MALADIE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> INDEMNITÉS SPÉCIALES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MONTANT PARTIEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$	
<input type="checkbox"/> JE DÉSIRES MAINTENIR MON ASSURANCE-VIE PROTECTION : \$ <input type="checkbox"/> JE DÉSIRES ANNULER MON ASSURANCE-VIE <input type="checkbox"/> JE NE DÉTIENS PAS CETTE ASSURANCE-VIE			
RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE		MONTANT	
POUR TOUTE INFORMATION RELATIVE AU MAINTIEN DE L'ASSURANCE APRÈS LA CESSATION D'EMPLOI, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES.			
SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E)	AAAAMJJ	SIGNATURE DU (DE LA) SUPÉRIEUR(E) IMMÉDIAT(E)	AAAAMJJ

SECTION 2 – À COMPLÉTER PAR LA DIRECTION DU SERVICE / REGROUPEMENT

SIGNATURE DE LA DIRECTION OU DE SON (SA) DÉLÉGUÉ(E)	AAAAMJJ
---	---------

SECTION 3 – À COMPLÉTER PAR LE SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

CORPS D'EMPLOI	DATE DE NAISSANCE	AAAAMJJ	DATE D'ENTRÉE EN FONCTION	AAAAMJJ	JOUR SUIVANT DE LA DATE DU DÉPART (POUR TRAITEMENT INFORMATIQUE)	AAAAMJJ
<input type="checkbox"/> MISE À PIED <input type="checkbox"/> BRIS DE CONTRAT <input type="checkbox"/> EN PRÉ-RETRAITE DU AU		<input type="checkbox"/> EN PRÉ-RETRAITE DU AU		BANQUE UTILISÉE JOURS		
<input type="checkbox"/> CONGÉDIEMENT <input type="checkbox"/> EN DISPONIBILITÉ <input type="checkbox"/> EN PRÉ-RETRAITE DU AU				CLAUSE DE SÉCURITÉ D'EMPLOI		
INDEMNITÉS SPÉCIALES				NOMBRE DE MOIS	MONTANT	
<input type="checkbox"/> DÉCÈS <input type="checkbox"/> DÉPART <input type="checkbox"/> SÉPARATION					\$	
N° DE RÉOLUTION	DATE DE LA RÉOLUTION	AAAAMJJ	SIGNATURE DU (DE LA) RESPONSABLE		AAAAMJJ	

SECTION 4 – À COMPLÉTER POUR LE PERSONNEL NON ENSEIGNANT SEULEMENT

VACANCES	CONGÉS-MALADIE
ANNÉES ANTÉRIEURES : JOURS	BANQUE MONNAYABLE GELÉE (SALAIRE ARRÊTÉ) : JOURS
ANNÉE EN COURS : JOURS	BANQUE MONNAYABLE GELÉE (SALAIRE AU DÉPART) : JOURS
POURCENTAGE : %	BANQUE DE RÉCUPÉRATION :
REMARQUES	