



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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		DATE EFFECTIVE DE DÉPART (AAAAAMJJ) HEURE		RÉGIME DE RETRAITE 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"/> 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 POUR TOUTE INFORMATION RELATIVE AU MAINTIEN DE L'ASSURANCE APRÈS LA CESSATION D'EMPLOI, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES.			MONTANT		
SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E)		AAAAAMJJ	SIGNATURE DU (DE LA) SUPÉRIEUR(E) IMMÉDIAT(E)		AAAAAMJJ
SECTION 2 – À COMPLÉTER PAR LA DIRECTION DU SERVICE / REGROUPEMENT					
SIGNATURE DE LA DIRECTION OU DE SON (SA) DÉLÉGUÉ(E)					AAAAAMJJ
SECTION 3 – À COMPLÉTER PAR LE SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES					
CORPS D'EMPLOI	DATE DE NAISSANCE	AAAAAMJJ	DATE D'ENTRÉE EN FONCTION	AAAAAMJJ	JOUR SUIVANT DE LA DATE DU DÉPART (POUR TRAITEMENT INFORMATIQUE)
		AAAAAMJJ			AAAAAMJJ
<input type="checkbox"/> MISE À PIED <input type="checkbox"/> BRIS DE CONTRAT <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 <input type="checkbox"/> DÉCÈS <input type="checkbox"/> DÉPART <input type="checkbox"/> SÉPARATION			NOMBRE DE MOIS	MONTANT	
				\$	
N° DE RÉOLUTION	DATE DE LA RÉOLUTION	AAAAAMJJ	SIGNATURE DU (DE LA) RESPONSABLE		AAAAAMJJ
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					