



ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS

SEPTEMBRE 2024- AOÛT 2025

Attestation de la nomination de la personne déléguée à notre lieu de travail

Il est proposé par : _____
Nom en lettres moulées *Signature*

Appuyé par : _____
Nom en lettres moulées *Signature*

De nommer : _____
Nom en lettres moulées

En tant que : Délégué à notre lieu de travail Délégué substitut à notre lieu de travail

Je, soussigné(e), accepte de représenter les membres de mon lieu de travail à titre de délégué syndical.

Signature du délégué ou du substitut *Date*

Informations de la personne élue

Nom : _____

Matricule : _____

Classe d'emploi : _____

Lieu de travail : _____

Téléphones : _____
Cellulaire *Travail* *Numéro de poste*

Adresse courriel : _____
Courriel personnel (préféré) *Courriel CSSDM*

Veuillez retourner ce formulaire complété à Jean De Grandpré Courriel : jdegrandpre@appa.qc.ca