ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS

SEPTEMBRE 2025- AOÛT 2026

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