

DEMANDE DE VACANCES SANS TRAITEMENT *

Nom : _____	Prénom : _____
Matricule : _____	
Unité administrative : _____	
Personne supérieure immédiate : _____	

PÉRIODE DE L'ABSENCE			
À compter de : _____	le	_____	jusqu'à : _____
Hre		Date	Hre Date
			TOTAL Jour / Hres

Remarque :

* (SPSUQO : Clause 9-2.13 a) / SGPUQO : Article: 7-4.13 / APA: Clause 9-2.13)

RÉGIME DE RETRAITE (RRUQ)

Veuillez choisir l'une des deux (2) options suivantes :

	Je conserve ma participation au régime de retraite et je m'engage à en défrayer les coûts de la part de l'employé(e) et de l'employeur selon les modalités de paiement convenues avec mon employeur.
	Je renonce au rachat et je comprends que si je désire racheter cette période plus tard, je devrai payer les deux (2) parts des cotisations (rachat selon l'article 14.2 du Règlement).

SIGNATURES

Personne employée	Date	Personne supérieure immédiate	Date

Veuillez transmettre ce formulaire au Service des ressources humaines par courriel à l'adresse techrh@uqo.ca.