

Formulaire de demande ou de modification de mise à la retraite progressive

Nom et prénom : _____ Matricule : _____

Établissement : _____ Corps d'emploi : _____

Catégorie de personnel : Enseignant Professionnel Soutien administratif Soutien manuel

Conformément aux clauses de ma convention collective, je désire me prévaloir
du régime de mise à la retraite de façon progressive.

Nouvelle demande

REPLIR ET RETOURNER AVANT LE 1^{ER} AVRIL DE L'ANNÉE
PRÉCÉDANT LA DATE DU DÉBUT DE LA RETRAITE PROGRESSIVE

Les **nouvelles demandes** doivent parvenir à Madame **Amélie Landry**, au Service des ressources humaines,
par télécopieur : 450 889-3192, par courriel : amelie.landry010@cssamares.qc.ca ou par courrier interne

Ce régime de mise à la retraite de façon progressive s'échelonnera sur _____ ans à compter de l'année scolaire _____

Je désire être libéré (e) de ma tâche à _____ %. (Pour le personnel enseignant, le pourcentage réel sera déterminé avec l'horaire officiel.)

Description du congé demandé (jour(s), groupe(s), période(s)) :

Modification à une demande en vigueur

La **demande de modification** doit être acheminée au Service des ressources humaines, par courriel, à l'attention de :

Marie-Eve Falcon, marie-eve.falcon@cssamares.qc.ca, pour le **soutien administratif et le soutien manuel**

Josée Fontaine, josee.fontaine003@cssamares.qc.ca, personnel **enseignant primaire et FP**

Vicki Tremblay, vicki.tremblay001@cssamares.qc.ca, personnel **enseignant secondaire, FGA et personnel professionnel**

**Il est également possible de transmettre par courrier interne ou par télécopieur au 450 889-3192*

Je désire être libéré (e) de ma tâche à _____ %. (Pour le personnel enseignant, le pourcentage réel sera déterminé avec l'horaire officiel.)

Description du congé demandé (jour(s), groupe(s), période(s)) :

À L'USAGE DE L'EMPLOYÉ

Signature de l'employé

Date

À L'USAGE DE LA DIRECTION D'ÉTABLISSEMENT

J'ai pris connaissance de la demande.

Signature de la direction

Date

À L'USAGE DU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

Acceptation Refus

Raison du refus _____

Signature de la personne responsable

Date