

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONGÉ

SANS SOLDE

Nom : _____ Prénom : _____ # Employé _____

Date et période demandées

Date du début (jj/mm/aa) _____ Date de fin (jj/mm/aa) _____

Avez-vous déjà bénéficié d'un congé sans solde?

OUI Date de retour (jj/mm/aa) _____ NON

Motif de la demande

Cette demande est conforme aux énoncés de l'article 35.2

Signature et # de l'employé _____

Accusé réception _____ par _____ # employé _____
(jj/mm/aa) Nom, Prénom

**La demande de congé sans solde sera approuvée ou refusée selon les modalités prévues à la convention collective (article 35.2), soit soixante (60) jours avant le début projeté du congé.*