

FORMULAIRE D'AUTORISATION D'ABSENCE

Autres congés

Nom		Prénom	
Titre d'emploi		Unité administrative	Matricule
Absence à temps complet		Absence à temps partiel sans solde	
Avec solde ☐ Autre (préciser) : _____ * Preuve requise		Sans solde ☐ Congé familial (45) * ☐ Congé sans solde (63) ☐ Autre (préciser) : _____	
		☐ Partiel sans solde (20) ☐ Autre (préciser) : _____ Nombre de jours de travail / semaine 1 : _____ Nombre de jours de travail / semaine 2 : _____	
Période de l'absence			
Date de début (dimanche) :		Date de fin (samedi) :	
Commentaires			
Régime d'assurances collectives (absences à temps complet)			
Indice	<i>Si vous bénéficiez de toutes les protections du Centre de recherche</i>	<i>Si vous êtes exemptés de l'assurance médicament et de l'assurance maladie puisque vous bénéficiez d'une autre couverture privée</i>	
3	☐ Je souhaite maintenir l'assurance médicament, l'assurance maladie, l'assurance dentaire (s'il y a lieu) et l'assurance vie (toutes les protections sauf l'assurance salaire).	☐ Je souhaite maintenir l'assurance vie seulement.	
1	☐ Je souhaite conserver l'assurance médicament et l'assurance maladie seulement.	☐ Je ne souhaite maintenir aucune protection.	
Régime de retraite (congé sans solde ou partiel sans solde)			
☐ Oui, je désire maintenir ma participation en payant ma cotisation.			
Formulaire de débit préautorisé			
Pour toute absence à temps complet sans solde, veuillez compléter le formulaire de débit préautorisé.			
Signatures obligatoires			
Lettres moulées – Employé(e)		Lettres moulées – Supérieur immédiat	
Signature – Employé(e)	Date :	Signature – Supérieur immédiat	Date :
Section réservée aux ressources humaines			
Remarque :			
Traité par :		Date :	