

DONNÉES D'IDENTIFICATION

Nom : _____ Matricule : _____
S-service : _____ Téléphone : _____
Titre d'emploi : _____ Statut : _____

Le formulaire, dûment complété, doit être acheminé à l'adresse :
02.remuneration.avantages.sociaux@ssss.gouv.qc.ca

MODALITÉS DU CONGÉ

Instructions :

Cocher la case appropriée selon la durée du congé que vous envisagez et la durée du financement du régime :

Pour études à temps complet
dans un établissement
d'enseignement reconnu
le congé doit être pris les 2, 4
ou 5 premiers mois du régime

Durée du congé	Durée du régime			
	2 ans %	3 ans %	4 ans %	5 ans %
3 mois - CSN-APTS-FIQ	87,50% ☐	91,67% ☐	N/A	N/A
4 mois - CSN-FIQ	83,33% ☐	88,89% ☐	91,67% ☐	N/A
5 mois - CSN-FIQ	79,17% ☐	86,11% ☐	89,58% ☐	91,67% ☐
6 mois	75,00% ☐	83,34% ☐	87,50% ☐	90,00% ☐
7 mois	70,80% ☐	80,53% ☐	85,40% ☐	88,32% ☐
8 mois	N/A	77,76% ☐	83,32% ☐	86,60% ☐
9 mois	N/A	75,00% ☐	81,25% ☐	85,00% ☐
10 mois	N/A	72,20% ☐	79,15% ☐	83,32% ☐
11 mois	N/A	N/A ☐	77,07% ☐	81,66% ☐
12 mois	N/A	N/A ☐	75,00% ☐	80,00% ☐

Début du financement du régime : _____ / _____ / _____ Fin du financement : _____ / _____ / _____
Année Mois Jour Année Mois Jour

Début du congé : _____ / _____ / _____ Fin du congé : _____ / _____ / _____
Année Mois Jour Année Mois Jour

SIGNATURES

Date de la signature

Signature de la personne salariée

État de la demande : Acceptée : ☐ Refusée : ☐

Date de la signature

Signature du gestionnaire

Téléphone et poste

Caractère d'imprimerie

Date de la signature

Signature du représentant des ressources humaines

Téléphone et poste

Caractère d'imprimerie