



DEMANDE DE CONGÉ DE TRANSITION À LA RETRAITE

Les renseignements inscrits sur ce formulaire servent à évaluer les demandes de congé de transition à la retraite, conformément aux politiques approuvées à ce sujet. Ils sont protégés en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels et devraient être consignés dans le fichier ordinaire sur les employés POÉ 901.

PARTIE I - DONNÉES SUR L'EMPLOYÉ		
Nom de famille (en majuscules)	Prénom / Initiales	Code d'identification de dossier personnel
Ministère	Direction / Division / Section	Adresse

PARTIE II - DEMANDE		
Durée des dispositions pour le congé (max. de 2 ans)	DU:	AU:
Période de congé	_____ jours / semaine ou _____ heures / semaine, si non standard	Veuillez indiquer les jours à retrancher
<p>Je demande de prendre des dispositions pour mon congé conformément à la politique sur les congés de transition à la retraite. Je m'engage à ne pas travailler pour la fonction publique fédérale (organismes assujettis à Loi sur la rémunération du secteur public) pendant la période de congé susmentionnée. Je comprends qu'une fois qu'elle a été acceptée par l'administrateur général ou son fondé de pouvoir, et que les dispositions pour mon congé ont été prises, ma démission est irrévocable.</p> <p>Je démissionne à compter du () () () à condition que les dispositions pour mon congé ne soient pas annulées avant les dates qui ont été convenues ci-dessus.</p> <p>FAIT À _____ CE _____ JOUR DE _____ 19 _____</p> <p style="text-align: center;">_____ Signature de l'employé</p>		

PARTIE III - APPROBATION DU CONGÉ		
<input type="checkbox"/> Dispositions pour le CONGÉ	Du : _____	Au : _____
<input type="checkbox"/> Je certifie que l'employé(e) satisfait aux critères d'admissibilité		
<input type="checkbox"/> Dispositions pour le CONGÉ REFUSÉES pour les raisons suivantes :		

Gestionnaire du centre de responsabilité (en majuscules)	Gestionnaire du centre de responsabilité (signature)	Date Jour Mois Année () () ()

PARTIE IV - ACCEPTATION DE LA DÉMISSION		
J'accepte votre démission conditionnelle dès la fin des dispositions pour votre congé comme convenu ci-dessus.	Signature de l'administrateur général ou du fondé de pouvoir	Date Jour Mois Année () () ()