



PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI

DEMANDE DE CONGÉ AVEC ÉTALEMENT DU REVENU

Les renseignements inscrits sur ce formulaire servent à évaluer les demandes de congé avec étalement du revenu, 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 POE 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

1 ^{re} période de congé DU :	AU :	Durée	
2 ^e période de congé DU :	AU :	Durée	
Je demande de prendre des dispositions pour mon congé conformément à la politique sur les congés avec étalement du revenu.			Date
Je m'engage à ne pas travailler pour la fonction publique fédérale (organismes assujettis à Loi sur la rémunération du secteur public) pendant la/les période(s) de congé susmentionnée(s)			Jour Mois Année () () ()
Signature _____			

PARTIE III - SALAIRE ESTIMATIF (à remplir par le service de rémunération)

Salaire annuel actuel et Indemnités de base _____	Taux à la quinzaine _____	Moins retenues _____	Paye nette (approximative) _____
Moins salaire durant congé sans solde _____	Taux à la quinzaine _____	Certains rajustements seront faits pour les retenues légales comme l'impôt sur le revenu, le RPC/RRQ et l'A-C et vous pourrez faire rajuster les retenues volontaires comme les OEC et la CO-OP.	
Salaire résiduel annuel et indemnités de base _____	Taux à la quinzaine _____	Total des retenues (non ajusté) _____	Paye (approximative) _____

PARTIE IV - APPROBATION

☐ Dispositions pour le CONGÉ	1 ^{re} période de congé Du : _____ Au : _____	
	2 ^e période de congé Du : _____ Au : _____	
☐ Durée des dispositions pour le congé (période d'étalement du revenu de 12 MOIS)	Du : _____ Au : _____	
☐ Je certifie que l'employé(e) satisfait aux critères d'admissibilité		
☐ 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 () () ()