

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ

CISSS / Établissement : ☐ Centre ☐ Est ☐ Ouest ☐ Marcelle-Ferron

Numéro d'employé :

Nom :

Prénom :

Courriel :

ENTENTE DE RÉCUPÉRATION

- ☐ Veuillez étaler le remboursement en versements égaux d'ici la récupération automatique
(EX : Heures totales dues / Nb de paie restantes = Remboursement par paie)
- ☐ Veuillez étaler le remboursement selon les modalités suivantes d'ici la récupération automatique :
(EX : X heures par paie pendant X paies)

Signature de l'employé :

Date :

Cochez la case suivante S.V.P.

☐ Je comprends que le solde de ma banque de maladie est estimé en fonction de ma situation actuelle.

Acheminez par courrier interne au Service régional de la paie de la Montérégie, par courriel à l'adresse paie.regionale.ciassmc16@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur au 450-928-2606 dès que possible.

SECTION RÉSERVÉE AU SERVICE RÉGIONAL DE LA PAIE DES ÉTABLISSEMENTS DE LA MONTÉRÉGIE

Début Remb. paie # :

Heures par paie :

Fait par :

Date :

Vérifié par :

Date :