

FORMULAIRE DE DESISTEMENT, DE DEMISSION OU DE CESSATION D'UNE PERIODE D'ESSAI

Nom, prénom :	Matricule :
---------------	-------------

DESISTEMENT <u>AVANT</u> LA PERIODE D'ESSAI		DESISTEMENT <u>PENDANT</u> LA PERIODE D'ESSAI	
Numéro de poste :		Titre d'emploi :	
Service :		Statut :	Quart de travail :
Raison du désistement :			
Supérieur immédiat avisé :	Oui	Non	

DEMISSION D'UN POSTE (avec pénalité applicable selon la convention)			
Numéro de poste :		Titre d'emploi :	
Service :		Statut :	Quart de travail :
Raison du désistement :			
Supérieur immédiat avisé :	Oui	Non	
J'ai pris connaissance des pénalités applicables :	Oui	Non	
NOTE APPLICABLE UNIQUEMENT POUR LE PERSONNEL DE LA CATÉGORIE 1 (SICHU DE QUÉBEC)			
Pour bénéficier de l'annexe 1, la personne salariée doit obligatoirement fournir la preuve, au moment de la signature du présent formulaire, qu'elle détient un poste dans un autre établissement du réseau de la santé ou qu'elle détient une charge d'enseignement dans une institution scolaire reconnue.			

RENONCIATION / DIMINUTION DE LA PERIODE D'ESSAI			
Numéro de poste :		Titre d'emploi :	
Service :		Statut :	Quart de travail :
Date effective :			
Signature du/de la gestionnaire :			

Signature de la personne salariée : _____ Date : _____

Signature du/de la représentant(e) de l'Employeur : _____ Date : _____

NOTE : Ce formulaire doit être acheminé par courriel :
interne : [03 CHU Dotation interne](mailto:03.CHU.Dotation.interne)
externe : dotationinterne@chudequebec.ca