

**FORMULAIRE DE DEMISSION DE POSTE,
DE DESISTEMENT DE POSTE OU
DE CESSATION DE LA PERIODE D'INITIATION ET D'ESSAI**

IDENTIFICATION DE LA SALARIEE

| | | | |
|---------------|--|-------------|--|
| 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 collective)

*****Si démission du CHU de Québec – Université Laval, veuillez compléter le formulaire d'avis de départ sur le Portail RH*****

| | | | |
|--|-----|------------------|--------------------|
| 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 (FIQ)

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, qu'elle détient une charge d'enseignement dans une institution scolaire reconnue ou qu'elle poursuit à temps plein des études dispensées dans une maison d'enseignement reconnue, et ce, dans une même discipline ou une discipline connexe à celle mentionnée dans le libellé de son titre d'emploi.

RENONCIATION / DIMINUTION DE LA PERIODE D'INITIATION ET D'ESSAI

| | | | |
|-----------------------------------|--|------------------|--------------------|
| Numéro de poste : | | Titre d'emploi : | |
| Service : | | Statut : | Quart de travail : |
| Date effective : | | | |
| Signature du/de la gestionnaire : | | | |

SIGNATURES OBLIGATOIRES

| | |
|------------------------------|------------------------|
| | |
| Lettres moulées – Salarié(e) | Signature – Salarié(e) |
| Date de signature : | |

SECTION RESERVEE AU SERVICE DE L'ACQUISITION DES TALENTS ET GESTION DES CARRIERES - DRHCAJ

Traité par : _____

Date : _____

NOTE : Ce formulaire doit être dûment complété et acheminé par écrit dans votre session sécurisée du Portail RH : <https://portailrh.chudequebec.ca/>