

FORMULAIRE DE DEMISSION DE POSTE, DE DESISTEMENT OU DE CESSATION DE LA 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 collective) ***Si démission du CHU de Québec – Université Laval, veuillez compléter l'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 (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 dûment complété et acheminé via le
Portail RH : <https://portailrh.chudequebec.ca/>