



FORMULAIRE DÉSISTEMENT DE POSTE

Ce formulaire s'applique si la période d'essai n'a pas été complétée.

VEUILLEZ COMPLÉTER TOUS LES CHAMPS SUIVANTS

No d'employé(e) :

Nom (en lettres moulées) :

Prénom (en lettres moulées) :

No du poste :

Service :

Signature de l'employé(e) :

Date (AAAA/MM/JJ) :

Veillez compléter et retourner ce formulaire via le courriel :

dotation.interne.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

SVP, indiquez dans l'objet du courriel les informations suivantes :

#d'employé – Nom, Prénom - Titre d'emploi – Désistement de poste #XXXXXX