



FORMULAIRE RENONCIATION DE LA PÉRIODE D'ESSAI

IDENTIFICATION DU POSTE (EN LETTRES MOULÉES)	
# du poste :	Affichage du :
Service / direction :	Statut :
PERSONNE SALARIÉE NOMMÉE (EN LETTRES MOULÉES)	
Nom :	Prénom :
# d'employé(e) :	Date de nomination (AAAA/MM/JJ) :

Nonobstant les dispositions de la convention collective, les parties conviennent de renoncer à la période d'essai prévue aux dispositions locales et, de ce fait, la personne salariée nommée est réputée satisfaire aux exigences normales de la tâche.

SIGNATURES	
Nom et prénom du chef de service :	
Signature du chef de service :	Date (AAAA/MM/JJ) :
Signature de la personne salariée nommée :	Date (AAAA/MM/JJ) :

Veuillez compléter et retourner ce formulaire via le courriel :

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

N.B. remettre également une copie à l'employé(e)