



ANNEXE A – FORMULAIRE DE DEMANDE

Programme de congé autofinancé

Les informations contenues dans ce formulaire sont recueillies et protégées conformément à la Loi scolaire et à la Loi sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels (FOIP). Pour toute question à ce sujet, veuillez communiquer avec le coordonnateur FOIP du Conseil scolaire FrancoSud au 403-686-6998.

A. INFORMATIONS GÉNÉRALES - EMPLOYÉ ET DEMANDE

Nom de l'employé : _____

Lieu de travail : _____

Poste occupé : _____

Année scolaire visée par la demande
de congé autofinancé : 20 - 20

Date de début de la participation : _____
(date du début de la prochaine année scolaire)

Nombre d'années d'adhésion : _____
(nombre d'années scolaires qui précèdent le congé autofinancé et pendant lesquelles le participant recevra son traitement régulier moins la portion retenue)

B. DÉCLARATION ET SIGNATURE

J'ai lu les termes et les conditions de la directive administrative 418 du Conseil scolaire FrancoSud. Je comprends ces termes et conditions et j'accepte d'y adhérer. Je comprends que ma demande ne sera pas acceptée automatiquement et que la décision d'approuver ou non ma demande me sera communiquée au plus tard le 15 mars prochain.

Signature de l'employé

Date

Veuillez faire parvenir ce formulaire à la direction générale adjointe, ressources humaines et catholicité au plus tard le 1^{er} février prochain.

Approbation de la direction générale adjointe, ressources humaines et catholicité

Approuvé : _____

Non approuvé _____

Date : _____ Signature de la direction générale adjointe,
ressources humaines et catholicité : _____