

RENONCIATION ET/OU DIMINUTION DE LA DURÉE DE LA PÉRIODE D'INITIATION ET D'ESSAI

CSN:
FIIQ:
APTS:

Nom de l'employé(e): _____ No employé(e): _____
Titre d'emploi: _____ Service: _____
No d'affichage: _____ No de poste : _____

DIMINUTION DE LA PÉRIODE D'ESSAI

Période débutée le: _____
Période terminée le: _____

Π jours de travail effectués
en période d'essai

Les deux parties acceptent de diminuer
la période d'essai de ____ ou ____ jours de travail à: _____ jours **oui** **non**

_____ Chef de service	_____ Date
_____ Employé(e)	_____ Date

RENONCIATION À LA PÉRIODE D'ESSAI

Les deux parties renoncent à la période d'essai:

_____ Chef de service	_____ Date
_____ Employé(e)	_____ Date

Reçu par la DRH

Date:
initiales:

c.c.: Dossier DRH , Chef de Service, Syndicat visé