Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais
Québec

Direction des ressources humaines

FORMULAIRE DE DÉSISTEMENT D'UN POSTE FIQ

Nom, prénom :		Matricule :	

☐ DÉSISTEMENT AVANT LA PÉRIODE D'ESSAI		☐ DÉSISTEMENT PENDANT LA PÉRIODE D'ESSAI	
Numéro de poste :		Numéro d'affichage :	
Titre d'emploi :		Statut :	
Raison du désistement :			
Supérieur immédiat avisé :	☐ **OUI** ☐ **NON**		

Signature de l'employé (e) :_____Date : _____

Signature du/de la représentant(e) de l'employeur :_____Date : _____

NOTE : Ce formulaire doit être acheminé par courriel :
07_CISSSO_dotation@ssss.gouv.qc.ca

C.C. Gestionnaire
Service de la paie
Service de remplacement concerné
Rémunération et avantages sociaux
Syndicat
Dossier employé