



RÉSERVÉ PRASE	
ÉTABLISSEMENT :	_____
# MAT. :	CODE : 12 - 5 - 6
COURRIEL : OUI/(NON)	NB DE PAGES : _____
PRÉCISION :	_____
INITIALES CODE :	INITIALES NUM. : _____

**DEMANDE DE TRANSFERT DE JOURS MALADIE NON UTILISÉS
 VERS UNE BANQUE DE CONGÉS MALADIE SPÉCIALE
 SEULEMENT POUR SCFP-FTQ
 (À REMPLIR PAR LA PERSONNE SALARIÉE)**

NOM DE L'ANCIEN ÉTABLISSEMENT : _____	
IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SALARIÉE	N° matricule : _____
Nom : _____	Prénom : _____
Titre d'emploi : _____	Statut : _____
Note : Veuillez vous assurer de mettre à jour vos renseignements personnels dans WebLogibec. Pour ce faire, ouvrez l'application, cliquez sur « Dossier employé », puis sur « Renseignements personnels » et « Nouveau »; n'oubliez pas de sauvegarder à la fin.	

SECTION RÉSERVÉE À LA PERSONNE SALARIÉE
<p>Je choisis de ne pas recevoir la totalité du paiement des jours maladie accumulés et non utilisés au 30 novembre afin de constituer et maintenir une banque d'un maximum de cinq (5) jours de congés maladie afin de combler le délaï de carence des sept (7) premiers jours ouvrables d'absence en cas d'invalidité.</p> <p>Je désire transférer : _____ jours</p> <p>Je comprends que cette banque de congés maladie peut être utilisée après l'épuisement ou l'anticipation des jours de congés maladie.</p> <p>En ce qui a trait à toutes les autres informations propres à votre demande, veuillez vous référer à l'article 23.43 de votre convention collective SCFP-FTQ.</p> <p>Signature : _____ Date : _____</p> <p>Acheminez ce formulaire signé au Service de la paie, au début du mois de novembre, à prase.paie.estrie@ssss.gouv.qc.ca.</p>

SECTION RÉSERVÉE AU SERVICE DE LA PAIE
<input type="checkbox"/> Solde de la banque maladie : _____
<input type="checkbox"/> Solde de la banque de congés maladie spéciale : _____ (maximum 5 jours)
<input type="checkbox"/> Nombre de jours transférés (code 186-02) : _____
Codé par : _____ Paie n° : _____ Vérifié par : _____