



**ÉQUITÉ SALARIALE - VILLE DE MONTRÉAL
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION D'UN AJUSTEMENT RÉTROACTIF**

Matricule :

N° d'assurance sociale :

Prénom et nom :

Lieu de travail* :

Accréditation : Brigadiers scolaires Cols blancs

Veillez me transmettre, s'il y a lieu, les sommes qui me sont dues, ainsi que les intérêts courus à l'adresse suivante :

Adresse :

Ville et Province :

Code postal :

N° de téléphone :

Adresse courriel :

Signature

Date

* Correspond à l'arrondissement ou au Service où vous travaillez.

NOTE : Si vous êtes un ayant droit, vous devez écrire votre adresse personnelle, joindre l'acte de décès et une preuve attestant de votre droit de recevoir les sommes dues.

Si vous êtes mandataire en vertu d'un mandat en cas d'inaptitude, vous devez écrire votre adresse personnelle et joindre une preuve d'homologation du mandat.

Votre formulaire de réclamation dûment rempli peut être transmis par la poste, par télécopieur ou par courriel, à l'une ou l'autre des adresses suivantes :

Par la poste :

Ville de Montréal
Service des ressources humaines
Division de la paie institutionnelle
Équité salariale
740, rue Notre-Dame Ouest, 3e étage
Montréal (Québec) H3C 3X6

Par courriel :

service_client_paie@ville.montreal.qc.ca