

| | | | |
|--------------------------------|-------|----------------|-------|
| Nom : | _____ | Prénom : | _____ |
| Serv. / Arr. : | _____ | Unité admin : | _____ |
| Matricule paie : | _____ | Tél. travail : | _____ |
| Adresse courriel : | _____ | | |
| Titre de la fonction occupée : | _____ | | |

Motifs qui vous incitent à suivre ce cours ou ce programme

En relation avec la nature de mon travail actuel

Possibilités d'avancement Indiquer l'emploi envisagé : _____

Autres Préciser : _____

| Titre du programme d'études ou grade postulé | | Crédits | Institution | Trimestre | | | Année | Frais |
|--|----------------|---------|-------------|-----------|---|---|-------|-------|
| No du cours | Titre du cours | | | A | H | E | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Autres frais inhérents

Admission

Inscription

Autres (précisez) _____

Total \$ _____

Important :

Votre demande de remboursement doit nous parvenir au plus tard un (1) an après la date de fin de chaque activité de formation.

Assurez-vous que les documents suivants sont annexés à cette demande :

1- Facture(s) détaillée(s) et acquittée(s)

2- Attestation de succès.

Je déclare que tous les renseignements fournis ci-dessus sont exacts

| | | | |
|---------------------------|------|------|-------|
| Signature de l'employé(e) | Jour | Mois | Année |
| | | | |

Envoyer le formulaire : Arrondissement : à votre responsable des ressources humaines
Service corporatif : rh_cse@montreal.ca

Espace réservé aux responsables en ressources humaines

| | | | | |
|-------------|------|------|-------|----|
| Approbation | Jour | Mois | Année | \$ |
| Signature | | | | |
| Remarques | | | | |
| | | | | |
| | | | | |