

**SECTEURS SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, CENTRES DE SERVICES SCOLAIRES,
COMMISSIONS SCOLAIRES ET CÉGEPs
DEMANDE D'AJUSTEMENT SALARIAL EN RAISON D'UN PROGRAMME D'ÉQUITÉ SALARIALE¹**

Ce formulaire s'adresse aux personnes salariées qui ont droit à un ajustement salarial en raison d'un programme d'équité salariale d'un autre employeur que leur employeur actuel ou qui ne sont plus employées.

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur		
Adresse		
Ville		
Province	Pays	Code postal

IDENTIFICATION DU SALARIÉ

Nom du salarié à la naissance (caractères d'imprimerie)		- - Numéro d'assurance sociale	
Adresse actuelle du salarié		Numéro d'employé (si possible)	
Ville		() -	() -
Téléphone (maison)	Téléphone (autre)		
Province	Pays	Code postal	
Adresse courriel	Veuillez aviser l'employeur de tout changement dans vos coordonnées.		

EMPLOIS OCCUPÉS

Titre de l'emploi	Du		Au		Période d'emploi (si possible)
Titre de l'emploi	Du		Au		Période d'emploi (si possible)
Titre de l'emploi	Du		Au		Période d'emploi (si possible)
Signature du demandeur ²	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> / / </div> Date de la demande				

1. Cette demande doit être adressée à la direction des ressources humaines, en mentionnant sur l'enveloppe « Dossier équité salariale ».

2. Si vous êtes un ayant droit, vous devez écrire votre adresse personnelle, joindre l'acte de décès et une preuve attestant 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.