



CHANGEMENT DE STATUT
(Art. 1.01, 14^o alinéa)

NUMÉRO D'EMPLOYEUR : _____
NOM DE L'EMPLOYEUR: _____
ADRESSE: _____
VILLE: _____
CODE POSTAL: _____

NOM DU SALARIÉ: _____
ADRESSE: _____
VILLE: _____
CODE POSTAL: _____
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____
N.A.S.: _____

Je, soussigné(e) _____, ne désire plus exercer une fonction régulière (**« poste d'un minimum de quatre (4) semaines consécutives comportant 3 quarts de travail et plus et un minimum de 21 heures de travail par semaine »**) ou me déclare non disponible pour accomplir un horaire de travail hebdomadaire, et je reconnais que mon statut de salarié permanent A-01 sera modifié pour un statut de salarié à temps partiel A-02 et ce, à compter du _____.

POUR LE SALARIÉ: Veuillez expliquer la raison de cette non disponibilité.

signature du représentant de l'employeur

signature du salarié

nom et titre en lettres moulées

nom en lettres moulées

date de signature

date de signature