SYNDICAT DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES DES POSTES

Section locale de Montréal

FORMULE À REMPLIR EN CAS D'ABSENCE PROLONGÉE

Nom du délégué(e) : _____

Section de travail : _____

Bureau : _____

Heures de travail : de _____h_____ à _____h_____

Classification : PO _____

Absent(e) du : _____ Retour le : _____

Nom du substitut : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____

Tél. résidence : (_____) _____ - _____

Numéro de membre : _____

Numéro d'employé/e : _____

Confirmation :

_____

_____

_____

_____

_____

MC/dl sepb-574