

Date : _____

CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE _____

ADRESSE _____

À L'ATTENTION DE _____
RESPONSABLE DES RESSOURCES HUMAINES.

Objet : **Utilisation des jours accumulés à la caisse de congés de maladie à l'occasion d'un congé de maternité, de paternité ou pour adoption, (5-13.27 a) et 5-10.40)**

Madame ou Monsieur,

La présente a pour but de vous aviser de mon intention de me prévaloir de (inscrire le nombre de jours) _____ jours de congé de maladie disponibles dans ma banque, afin de prolonger mon congé de (choisir *maternité, paternité, adoption ou sans traitement*) _____.

Je reviendrai au travail le (inscrire la date) _____.

Recevez mes salutations distinguées.

Signature

Nom : _____

Adresse : _____

P.-S. **Cet avis doit être envoyé trois (3) semaines avant la fin du congé.**

c.c. **SEGP (CSQ), 321 rue Fraserville, Rivière-du-Loup QC G5R 5M7 (par courrier, courriel ou télécopieur au 418-867-8365).**