

Date (Année-mois-jour)

Destinataire

Service des ressources humaines

Adresse de votre commission scolaire

Avis de congé sans traitement pour prolonger un congé de maternité, de paternité ou d’adoption (option b)

Madame ou Monsieur,

Conformément aux clauses 5-13.60 b) et 5-13.65, prenez avis que je serai en congé à temps plein sans traitement pour prolonger mon congé de maternité, de paternité ou d’adoption à compter du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Je serai de retour au travail le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . Je désire également continuer à participer aux régimes d’assurance qui me sont applicables et en verser la totalité des primes conformément à la clause 5-13.69.

Je vous prie d’agréer, Madame ou Monsieur,

mes salutations distinguées.

Votre signature

Nom

Adresse

c. c. : syndicat local