

RÉSERVÉ PRASE

ÉTABLISSEMENT : _____
 # MAT. : _____ CODE : **12-5-6**
 COURRIEL : OUI/NON NB DE PAGES : _____
 PRÉCISION : _____
 INITIALES CODE : _____ INITIALES NUM. : _____

Demande de transfert de jours maladie non utilisés vers une banque de congés de maladie spéciale

Seulement pour SCFP-FTQ (À remplir par la personne salariée)

Identification de la personne salariée		Matricule
Nom	Prénom	
Titre d'emploi	Unité / service	Statut
Note : Veuillez vous assurer de mettre à jour vos renseignements personnels dans Logibec (Onglet Dossier employé > Renseignements personnels > Nouveau). N'oubliez pas de sauvegarder les changements apportés.		

Transfert de jours maladie

Par ce formulaire, je choisis de ne pas recevoir la totalité du paiement des jours maladie accumulés et non utilisés au 30 novembre afin de constituer et maintenir une banque d'un **maximum de cinq (5) jours** de congés de maladie afin de combler le **délai de carence** des sept (7) premiers jours ouvrables d'absence en cas d'invalidité.

Je désire transférer : _____ jours.

Je comprends que cette banque de congés de maladie peut être utilisée après l'épuisement ou l'anticipation des jours de congés de maladie.

Pour toute question ou demande de renseignement supplémentaire, veuillez vous référer à l'article 23.43 de votre convention collective SCFP-FTQ.

Signature de la personne salariée : _____ Date : _____

Veuillez retourner ce formulaire dûment rempli et signée par courriel à l'adresse prase.paie.estrie@ssss.gouv.qc.ca.

Section réservée au Service de la Paie

- ☐ Solde de la banque maladie : _____ jours.
- ☐ Solde de la banque de congés maladie spéciale : _____ jours.
(maximum 5 jours)
- ☐ Nombre de jours transférés (code 186-02) : _____ jours.

Paie n° : _____

Codé par : _____ Vérifié par : _____

