



Fédération de la santé et des services sociaux - CSN  
1601, avenue De Lorimier, Montréal (Québec) H2K 4M5  
Téléphone : 514 598-2210 - Télécopieur : 514 598-2223

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR LES RENCONTRES SYSTÉMATIQUES VIRTUELLES

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Nom et prénom :           |  |
| Adresse personnelle :     |  |
| Ville :                   |  |
| Code postal :             |  |
| Téléphone :               |  |
| No syndicat (08-XX-XXX) : |  |
| Nom du syndicat :         |  |

|                      |  |
|----------------------|--|
| Nom de la séance :   |  |
| Date de la séance* : |  |

\* Un formulaire par séance

| REMBOURSEMENT  |  |                 |   |
|--|--|-----------------|---|
| Pour chacune des rencontres d'une journée complète, de jour, un syndicat participant aura droit, <b>pour une ou un délégué</b> , à un montant forfaitaire de 100 \$ sur présentation de pièces justificatives.   |  |                 |   |
| N <sup>bre</sup> de jours :  |  | <b>X 100 \$</b> | = |
| <u>Pour les syndicats du secteur des RSG et RI-RTF</u> , un remboursement de 180 \$ <b>pour une ou un délégué</b> sera accordé avec preuve de remplacement, lequel montant sera pris à même leurs ententes respectives d'activités de vie associative. |  |                 |   |
| N <sup>bre</sup> de jours :  |  | <b>X 180 \$</b> | = |

**VOUS DEVEZ FOURNIR VOTRE LIBÉRATION SYNDICALE  
POUR TOUTE DEMANDE DE REMBOURSEMENT**

Signature de la personne déléguée :



Date :

Assurez-vous de bien compléter le formulaire et de joindre tous les documents nécessaires.  
Veuillez transmettre votre demande par courriel à [FSSS.MAP@csn.qc.ca](mailto:FSSS.MAP@csn.qc.ca)