

Emploi occupé

Lieu de travail

**SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES
FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS PAIE**

M. Mme NOM : _____ PRÉNOM : _____
(à la naissance)

S.V.P, Indiquer votre nom légal : _____
(Nom apparaissant sur la carte du numéro d'assurance sociale)

Numéro ASSURANCE SOCIALE : _____ - _____ - _____

Je confirme avoir vu la carte d'assurance sociale : _____

Signature d'un témoin membre du personnel du CSSHL : _____

Nom en lettres moulées : _____

Adresse: _____

Ville : _____ Code postal : _____

Numéros de téléphone : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____ (aaaa / mm / jj)

ADRESSE COURRIEL : _____

Pour la réception des avis de dépôts

ÉTAT CIVIL : Célibataire Marié(e) Conjoint(e) de fait

Nom et prénom du (de la) conjoint (e) : _____

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence : _____

(lien) _____ No de téléphone _____

Cotisez-vous actuellement à la CARRA? OUI NON

Si oui, à quel régime : _____

Recevez-vous des prestations de la CARRA? OUI NON

Je déclare que les renseignements fournis sont exacts : _____
(Signature)

Date : _____ / _____ / _____