

Demande d'enregistrement

IMPORTANT : Ce formulaire doit être complété dès l'embauche.

Nom, Prénom : _____

M F

Adresse complète : _____

Téléphone : _____

No. d'assurance sociale : _____

Courriel : _____

Date de naissance (AAAA-MM-JJ) : _____

Date d'embauche : _____

Nom de l'employeur : _____

Signature du salarié(e) : _____

Date : _____

Commentaires (s'il y a lieu) :

J'accepte de recevoir des communications par courriel de la part du CPIEPQ Oui Non