

## RÉGIME DE MISE À LA RETRAITE DE FAÇON PROGRESSIVE

NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE		PRÉNOM	NUMÉRO DE MATRICULE
ADRESSE (NO, RUE, APP., VILLE)		CODE POSTAL	TÉLÉPHONE (RÉSIDENCE)
FONCTION	CATÉGORIE D'EMPLOI <input type="checkbox"/> ENSEIGNANT <input type="checkbox"/> SOUTIEN <input type="checkbox"/> PROFESSIONNEL	ÉTABLISSEMENT/SERVICE	TÉLÉPHONE (TRAVAIL)
<b>DEMANDE DE RETRAITE PROGRESSIVE</b>			
% DE TÂCHE DEMANDÉ (temps travaillé) : _____ <b>Ne doit pas être inférieur à 40%</b>		DATE DE DÉBUT : ____ / ____ / ____	
SUR UNE PÉRIODE DE : _____ <b>Période maximale de 5 ans</b>		DATE DE FIN : ____ / ____ / ____	
<b>DÉTAILS DE LA DEMANDE</b>			
SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E)			DATE : ____ / ____ / ____
<b>À L'USAGE DU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES ET DE L'ORGANISATION SCOLAIRE</b>			
<input type="checkbox"/> J'ACCEPTÉ LA DEMANDE DE RETRAITE PROGRESSIVE		<input type="checkbox"/> JE REFUSE LA DEMANDE DE RETRAITE PROGRESSIVE	
JUSTIFICATION DU REFUS			
SIGNATURE DE LA DIRECTION DU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES ET DE L'ORGANISATION SCOLAIRE			DATE : ____ / ____ / ____

\* Veuillez retourner votre demande, **avant le 1<sup>er</sup> avril pour le personnel enseignant ou 90 jours avant la date du début du programme pour le personnel non-enseignant**, à la direction du Service des ressources humaines et de l'organisation scolaire à l'adresse courriel : [reshum@csstl.gouv.qc.ca](mailto:reshum@csstl.gouv.qc.ca)

c. c. : Direction d'établissement ou de service  
Syndicat