

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 (RÉSIDENTE)
FONCTION	CATÉGORIE D'EMPLOI ☐ ENSEIGNANT ☐ SOUTIEN ☐ PROFESSIONNEL	ÉTABLISSEMENT/SERVICE		TÉLÉPHONE (TRAVAIL)
DEMANDE DE RETRAITE PROGRESSIVE				
% DE TÂCHE DEMANDÉ (temps travaillé) : _____ Ne doit pas être inférieur à 40%			DATE DE DÉBUT : ____ / ____ / ____	
SUR UNE PÉRIODE DE : _____ Période maximale de 5 ans			DATE DE FIN : ____ / ____ / ____	
DÉTAILS DE LA DEMANDE				
SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E)			DATE : ____ / ____ / ____	
À L'USAGE DU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES ET DE L'ORGANISATION SCOLAIRE				
☐ J'ACCEPTÉ LA DEMANDE DE RETRAITE PROGRESSIVE			☐ JE REFUSE LA DEMANDE DE RETRAITE PROGRESSIVE	
JUSTIFICATION DU REFUS				
SIGNATURE DE LA DIRECTRICE DU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES ET DE L'ORGANISATION SCOLAIRE				DATE : ____ / ____ / ____

* Veuillez retourner votre demande, **avant le 1^{er} 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.

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