

SECTEUR FONCTION PUBLIQUE – MINISTÈRES ET ORGANISMES
DEMANDE D’AJUSTEMENT SALARIAL DÉCOULANT DE L’ÉVALUATION DU
MAINTIEN DE L’ÉQUITÉ SALARIALE

Ce formulaire s’adresse aux personnes salariées qui pourraient avoir droit à un ajustement salarial en raison d’un programme d’équité salariale d’un autre employeur que l’employeur actuel ou qui ne sont plus en emploi.

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SALARIÉE	
Nom et prénom du salarié à la naissance (en lettres moulées)	Numéro d’assurance sociale ¹
Adresse actuelle du salarié, adresse de la succession ou du mandataire	Téléphone (maison)
Ville	Téléphone (autre)
Province - Pays	Code postal
Adresse courriel	
Veuillez aviser l’employeur de tout changement dans vos coordonnées.	

IDENTIFICATION DU DERNIER EMPLOYEUR DANS UN MINISTÈRE / ORGANISME ²	
Nom du ministère ou de l’organisme	Numéro ministère (facultatif)
Direction	
Adresse	
Ville	Code postal

EMPLOIS OCCUPÉS		
	DU :	AU :
Titre de l'emploi	Période d'emploi (si possible)	
	DU :	AU :
Titre de l'emploi	Période d'emploi (si possible)	
	DU :	AU :
Titre de l'emploi	Période d'emploi (si possible)	
	DU :	AU :
Titre de l'emploi	Période d'emploi (si possible)	

SIGNATURE DE LA DEMANDE	
Signature du demandeur ³	Date de la demande

¹ Inscrire seulement les trois derniers chiffres de votre numéro d'assurance sociale.

² Cette demande doit être adressée à la direction des ressources humaines de votre dernier employeur dans un ministère / organisme avec la mention suivante : « Dossier équité salariale ».

³ Si vous êtes un ayant droit, vous devez écrire votre adresse personnelle, joindre l'acte de décès et une preuve attestant de votre droit de recevoir les sommes dues.

Si vous êtes mandataire en vertu d'un mandat en cas d'inaptitude, vous devez écrire votre adresse personnelle et joindre une preuve d'homologation du mandat.