



Temporaire Permanent
Occasionnel

Date de prise d'effet de l'intégration est le

IDENTIFICATION		
Nom et prénom	Titre de l'emploi	
N° d'assurance sociale (NAS)	N° de poste	N° de dossier
Ministère ou organisme (nom et numéro)	Adresse du lieu de travail	
Unité administrative ou direction générale		
Direction ou Service		

SITUATION ACTUELLE	
Nom de la classe d'emplois	N° de la classe d'emplois
Échelon	Taux de traitement à l'échelle
Date d'avancement d'échelon	

NOUVELLE SITUATION	
Nom de la classe d'emplois	N° de la classe d'emplois
Échelon *	Taux de traitement à l'échelle *
Date d'avancement d'échelon	Ajustement salarial effectif à compter du :

Nom _____ Titre _____ Signature _____ Date _____

--

* L'échelon et le taux de traitement mentionnés dans la section « Nouvelle situation » de cet avis d'intégration sont déterminés comme si le mouvement constituait pour la personne un reclassement selon les dispositions de la *Directive concernant l'attribution de la rémunération des fonctionnaires*.

Une copie doit être transmise à l'employé concerné, à la direction des ressources humaines, au Secrétariat du Conseil du trésor et au Service de la classification, des mouvements de personnel et de l'équité salariale du Syndicat de la fonction publique du Québec (SFPQ).

Formulaire prescrit par le Secrétariat du Conseil du trésor