

FICHE D'INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____ Date d'entrée en fonction : _____

Établissement : _____

Adresse de l'établissement : _____

Code postal : _____ No de téléphone bureau: _____

Classe salariale : _____ No de cellulaire : _____

Courriel : _____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Adresse à domicile : _____
n° civique rue ville

Code postal : _____ No de tél. : _____

Date de naissance : _____ No d'ass. soc. : _____

Langue(s) parlée(s) : _____

Formation académique

Dernier cours complété : _____

Diplôme obtenu : _____ Année d'obtention : _____

Nom de l'Institution : _____

Expérience

Au sein du réseau : _____

À l'extérieur du réseau : _____

Quels avantages voyez-vous à être membre ?

(Verso)

RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES

Le taux annuel de la cotisation est fixé à 0,9 % du maximum de la classe salariale attribuée au poste qu'occupe un membre. Malgré ce qui précède, la cotisation est d'au moins 669.75 \$ et d'au plus 828.88 \$. Ainsi pour la période du 1^{er} mai 2024 au 30 avril 2025 la cotisation est établie de la façon suivante :

| <u>Classes</u> | <u>Montants</u> |
|--------------------------------|-----------------|
| Classe 32 et moins | 669.75 \$ |
| Classe 33 | 692.90 \$ |
| Classe 34 | 733.46 \$ |
| Classe 35 | 776.62 \$ |
| Classe 36 | 822.12 \$ |
| Classe 37 et plus | 828.88 \$ |
| Classe 37 et plus ¹ | 828.88 \$ |
| Classe HC1 à HC10 ² | 828.88 \$ |

¹ Pour les directeurs des services professionnels (DSP) et directeurs de la santé publique

² Pour les hors-cadre

Je désire que ma correspondance me soit adressée : (cochez)

au bureau () ou à domicile ()

Veillez noter qu'en vertu du *Règlement sur certaines conditions de travail*, la déduction de la cotisation par l'employeur doit débuter au plus tard le trentième jour suivant l'entrée en fonction du cadre supérieur.

Païement de la cotisation

Vous pouvez verser votre cotisation directement à l'Association ou réclamer que votre employeur la prélève sur votre salaire.

Indiquez votre choix :

Païement direct à l'Association

*Prélèvement sur mon salaire (**Aviser votre employeur de commencer les prélèvements**)*

Je consens à ce que l'ACSSSS communique mes nom, prénom et adresse résidentielle à son partenaire d'affaires, Beneva, et ce, à des fins publicitaires et promotionnelles. Ces renseignements seront utilisés et archivés par Beneva selon les normes de sécurité requises. En tout temps, je pourrai retirer mon consentement à l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels.

Oui, je consens

Date : _____ Signature : _____