

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :

## IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ

Nom :

Prénom :

No. empl. :

N.A.S. :  000 -  000 -  *Inscrire seulement les 3 derniers chiffres de votre numéro d'assurance-sociale*

## SECTION RÉSERVÉE À L'EMPLOYÉ

Année d'imposition requise :

### RAISON DE LA DEMANDE

Je désire avoir une copie papier

Je l'ai perdu

Je ne l'ai pas reçu

J'ai changé d'adresse

ENVOYÉ À \* :

Adresse postale :

*Veillez noter qu'il est de votre responsabilité de modifier votre adresse dans votre dossier d'employé à partir du guichet ou en communiquant avec la direction*

REMIS EN MAIN PROPRE \*

Date :  *(Date de cueillette prévisible)*

**\* Un délai de 7 jours ouvrables de la date de réception est requis pour émettre un duplicata**

## SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ (E)

Signature de l'employé :

Date :

Acheminez par courrier interne au Service régional de la paie de la Montérégie ou par courriel à l'adresse suivante :  
paie.regionale.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca

## SECTION RÉSERVÉE AU SERVICE DE LA PAIE

Traité par :

Date :