

**IMPORTANT : Pour assurer la fonctionnalité de ce formulaire, ouvrez-le avec l'application Adobe Acrobat.
La version gratuite peut être utilisée.**



Nom de l'employé :	_____	Numéro de l'employé :	_____
Port :	_____	Ancienneté :	_____
Section locale :	_____	Tiers de jour:	_____
Courriel :	_____		
Numéro de téléphone :	_____		

Demande de congé sans solde

***Classification primaire :**

***Période demandée:**

Du _____ Au _____

***Raison :**

L'Association des employeurs maritimes vous confirmera son acceptation ou son refus de la présente demande après étude de la requête. La réponse de l'AEM vous sera communiquée par l'un de ses représentants autorisés.

IMPORTANT : Si vous éprouvez des problèmes de transmission automatique, faites parvenir votre formulaire à l'adresse suivante congesanssolde@aem.ca