

**IMPORTANT**

Toute demande incomplète sera retournée à l'expéditeur.  
Vous devez signer à la section 4 de la page 2.

Section **obligatoire** devant être complétée par le salarié (tous les champs doivent être remplis).

1. IDENTIFICATION DU SALARIÉ			
N° de client à la CCQ ou n° d'assurance sociale		Nom	Prénom
Adresse de domicile (résidence principale)			
N°	Rue		N° d'appartement
Ville		Province	Code postal
Métier <input type="checkbox"/> Chaudronnier <input type="checkbox"/> Électricien <input type="checkbox"/> Ferblantier <input type="checkbox"/> Ferrailleur <input type="checkbox"/> Mécanicien industriel de chantier <input type="checkbox"/> Tuyauteur et soudeur en tuyauterie <input type="checkbox"/> Monteur-assembleur <input type="checkbox"/> Charpentier-menuisier			

Section **obligatoire** devant être complétée par l'organisme accrédité (tous les champs doivent être remplis).

2. ÉPREUVE RÉALISÉE ET DÉCLARATION DE L'ORGANISME ACCRÉDITÉ PAR LE BUREAU CANADIEN DE SOUDAGE (CWB)			
Nom de l'organisme accrédité (association syndicale ou employeur)		Local affilié	Téléphone
<input type="checkbox"/> Obtention d'un premier certificat <input type="checkbox"/> Renouvellement du certificat		Date de l'épreuve (AAAA-MM-JJ)	
Type de procédé <input type="checkbox"/> SMAW <input type="checkbox"/> FCAW <input type="checkbox"/> GMAW <input type="checkbox"/> GTAW <input type="checkbox"/> SAW		Position(s) de soudage réussie(s) <input type="checkbox"/> 4 positions <input type="checkbox"/> À plat <input type="checkbox"/> Horizontale <input type="checkbox"/> Verticale <input type="checkbox"/> Plafond	
Position(s) de soudage reprise(s) <input type="checkbox"/> 4 positions <input type="checkbox"/> À plat <input type="checkbox"/> Horizontale <input type="checkbox"/> Verticale <input type="checkbox"/> Plafond		Position(s) de soudage échouée(s) <input type="checkbox"/> 4 positions <input type="checkbox"/> À plat <input type="checkbox"/> Horizontale <input type="checkbox"/> Verticale <input type="checkbox"/> Plafond	
Si un 2 <sup>e</sup> procédé est réalisé le même jour, veuillez remplir la section suivante. Si le 2 <sup>e</sup> procédé est réalisé à une date différente, vous devez remplir une 2 <sup>e</sup> demande.			
<input type="checkbox"/> Obtention d'un premier certificat <input type="checkbox"/> Renouvellement du certificat			
Type de procédé <input type="checkbox"/> SMAW <input type="checkbox"/> FCAW <input type="checkbox"/> GMAW <input type="checkbox"/> GTAW <input type="checkbox"/> SAW		Position(s) de soudage réussie(s) <input type="checkbox"/> 4 positions <input type="checkbox"/> À plat <input type="checkbox"/> Horizontale <input type="checkbox"/> Verticale <input type="checkbox"/> Plafond	
Position(s) de soudage reprise(s) <input type="checkbox"/> 4 positions <input type="checkbox"/> À plat <input type="checkbox"/> Horizontale <input type="checkbox"/> Verticale <input type="checkbox"/> Plafond		Position(s) de soudage échouée(s) <input type="checkbox"/> 4 positions <input type="checkbox"/> À plat <input type="checkbox"/> Horizontale <input type="checkbox"/> Verticale <input type="checkbox"/> Plafond	
Vous devez joindre une copie de votre carte du CWB pour chaque procédé réussi.			
Nom de l'organisme accrédité ayant fait passer les tests de soudage			Frais d'inscription réclamés (reçus obligatoires)
N°	Rue		N° d'appartement
Ville		Province	Code postal
Nom en caractères d'imprimerie	Signature de la personne responsable de l'organisme accrédité		Date (AAAA-MM-JJ)

Voir page suivante

Section **non obligatoire** devant être complétée par l'employeur (à remplir uniquement lorsque le salarié a dû s'absenter du travail pour subir l'épreuve).

3. DÉCLARATION D'ABSENCE DU SALARIÉ PAR L'EMPLOYEUR			
N° d'employeur à la CCQ	Nom de l'employeur		N° de téléphone
N°	Rue	N° d'appartement	
Ville		Province	Code postal
Attestation : Je certifie, par la présente, que le salarié nommé dans le présent formulaire a dû s'absenter du travail lors de son épreuve de qualification en soudage.			
Nom en caractères d'imprimerie		Signature de la personne responsable (employeur enregistré à la CCQ)	En foi de quoi, j'ai signé le (AAAA-MM-JJ)
<b>SALAIRE PERDU</b>	Nombre d'heures	Taux horaire	Espace réservé à la CCQ

Section **obligatoire** devant être complétée par le salarié (tous les champs doivent être remplis).

Vous devez joindre une copie de votre carte de qualification pour soudeur (CWB), sans quoi votre demande ne sera pas traitée.

4. MONTANTS RÉCLAMÉS PAR LE SALARIÉ				
<b>FRAIS DE DÉPLACEMENT</b>	Nombre de km (aller-retour)	Repas (reçus obligatoires)	Hébergement (reçus obligatoires)	Autres (reçus obligatoires)
		\$	\$	\$
Déclaration : J'atteste la véracité des montants réclamés et j'autorise la Commission de la construction du Québec (CCQ) à vérifier les informations fournies.				
Signature du salarié			En foi de quoi, j'ai signé le (AAAA-MM-JJ)	

Note : La CCQ s'engage à rembourser, selon l'ordre chronologique de réception et selon les disponibilités financières du fonds de qualification de soudage concerné, toutes les demandes de remboursement en conformité avec les conventions collectives.

SECTION RÉSERVÉE AU PERSONNEL DE LA CCQ – TRAITEMENT DE LA DEMANDE		
Signature de la Direction de la formation professionnelle		Montant remboursé par le Fonds
Date (AAAA-MM-JJ)		\$

**Veillez retourner ce formulaire obligatoirement accompagné de toutes vos pièces justificatives (copie de votre carte de qualification émise par le CWB et de vos reçus), par l'un de ces moyens :**

- Par la poste : Commission de la construction du Québec  
Direction de la formation professionnelle  
8485, avenue Christophe-Colomb  
Montréal (Québec) H2M 0A7

- Courriel : soudage@ccq.org

**Pour obtenir des informations complémentaires, veuillez vous adresser au service à la clientèle de la CCQ au : 1 888 842-8282**

RAPPELS
<input type="checkbox"/> Signer le formulaire à la page 2, section 4.
<input type="checkbox"/> Joindre une copie de la carte de qualification pour soudeur (CWB) pour chaque procédé réussi.
<input type="checkbox"/> Joindre les autres reçus (frais d'inscription, repas, hébergement, traversier).