

IMPORTANT

Toute demande incomplète sera retournée à l'expéditeur.

 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
N°	Rue		N° d'appartement
Ville		Province	Code postal
Métier <input type="checkbox"/> Chaudronnier (01) <input type="checkbox"/> Tuyauteur et soudeur en tuyauterie (08)			

 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)

2. DÉCLARATION D'ABSENCE DU SALARIÉ PAR L'EMPLOYEUR			
N° d'employeur à la CCQ		Nom de l'employeur	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)
SALAIRE PERDU	Nombre d'heures	Taux horaire	Espace réservée à la CCQ

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

3. MONTANTS RÉCLAMÉS PAR LE SALARIÉ				
Frais d'inscription perçus par Emploi-Québec (reçu obligatoire)*			Frais d'examen du centre de soudage (reçu obligatoire)	
			\$	\$
ATTENTION : * Vous devez joindre une copie de votre carte de qualification émise par Emploi-Québec, sans quoi <u> votre demande ne sera pas traitée.</u>				
FRAIS DE DÉPLACEMENT	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 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)		\$

Veuillez retourner ce formulaire, accompagné de toutes vos pièces justificatives (copie de votre carte de qualification émise par Emploi-Québec et de vos reçus), à l'adresse suivante :

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

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