

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"/> Électricien (02) <input type="checkbox"/> Ferblantier (03) <input type="checkbox"/> Ferrailleur (04) <input type="checkbox"/> Mécanicien industriel de chantier (07) <input type="checkbox"/> Tuyauteur et soudeur en tuyauterie (08) <input type="checkbox"/> Monteur-assembleur (09) <input type="checkbox"/> Charpentier-menuisier (10)					

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

2. 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			
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	<input type="checkbox"/> Échec	
Nom du centre ayant fait passer les tests de soudage				Frais d'inscription réclamés \$	
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)	

 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		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)

4. MONTANTS RÉCLAMÉS PAR LE SALARIÉ

Frais d'inscription réclamés (joindre le reçu, si disponible)*

\$

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

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	_____ Date (AAAA-MM-JJ)	Montant remboursé par le Fonds
		\$

Veillez retourner ce formulaire, accompagné de toutes vos pièces justificatives (copie de votre carte de qualification émise par le CWB 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