



RELEVÉ D'EMPLOI(RE) [VERSION BROUILLON]

1 N ^o DE SÉRIE	2 N ^o DE SÉRIE DU RELEVÉ MODIFIÉ OU REMPLACÉ	3 N ^o DE RÉFÉRENCE DU REGISTRE DE PAYE DE L'EMPLOYEUR
4 NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR Construction Casque Jaune 15 rue Lafleur Mont-Laurier Québec		5 NUMÉRO D'ENTREPRISE(NE) DE L'ARC 143894657RP0001
		6 GENRE DE PÉRIODE DE PAYE W - Hebdomadaire
7 CODE POSTAL J9L 3X5		8 N ^o D'ASSURANCE SOCIALE 990-000-002
9 NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYÉ(E) Agostino, Tomate 987 rue Lasagne Venise en Quebec Quebec Canada J8P 2Z9		10 PREMIER JOUR DE TRAVAIL J M A 26 12 2011
		11 DERNIER JOUR PAYÉ J M A 30 03 2012
		12 DATE DE FIN DE LA DERNIERE PÉRIODE DE PAYE J M A 31 03 2012
13 PROFESSION CHARPENTIER-MENUISIER		14 DATE PRÉVUE DE RAPPEL J M A <input checked="" type="checkbox"/> DATE NON CONNUE <input type="checkbox"/> RETOUR NON-PRÉVU
15A HEURES ASSURABLES TOTALES 185.98	16 RAISON DU PRÉSENT RELEVÉ D'EMPLOI INSCRIRE LE CODE MANQUE DE TRAVAIL (MISE À PIED) A POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS, APPELER Mario Lambert	
15B RÉMUNÉRATION ASSURABLE TOTALE \$ 6924,41	17 À REMPLIR SEULEMENT SI PAIEMENTS(AUTRES QUE LE SALAIRE HABITUEL) PAYÉS AU COURS DE, EN PRÉVISION DE OU APRES LA DERNIERE PÉRIODE DE PAYE A - PAYE DE VACANCES \$ 100,00 B - JOUR(S) FÉRIÉ(S)	
18 OBSERVATIONS		
19 À REMPLIR SEULEMENT SI CONGÉ DE MALADIE, DE MATERNITÉ OU PARENTALE OU INDEMNITÉ D'ASSURANCE SALAIRE(PAYABLE APRES LE DERNIER JOUR DE TRAVAIL). DATE DE DÉBUT DU PAIEMENT MONTANT PAR JOUR PAR SEMAINE CMP J M A \$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IAS J M A \$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MA/PA J M A \$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
20 COMMUNICATION PRÉFÉRÉE EN <input checked="" type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		21 N ^o DE TÉLÉPHONE -
		22 JE RECONNAIS QUE TOUTE FAUSSE DÉCLARATION CONSTITUE UNE INFRACTION ET J'ATTESTE, PAR LA PRÉSENTES, QUE TOUTES LES DÉCLARATIONS DE CE FORMULAIRE SONT VÉRIDIQUES NOM DU SIGNATAIRE J M A 27 04 2012

RAPPORT INTERNE

