

Annexe 3

Exemple d'un relevé d'emploi papier déjà rempli

Service Canada
RELEVÉ D'EMPLOI (RE)
 EMPLOYEUR: VOIR LE GUIDE - COMMENT REMPLIR LE RELEVÉ D'EMPLOI, ÉGALEMENT DISPONIBLE VIA L'INTERNET AU WWW.SPOUVEZC-CANADA.GC.CE
 S'IL VOUS PLAIT, REMPLIR À LA MAIN - UTILISER UN STYLO À BILLE
 Protégez une fois rempli - B

1 N° DE SÉRIE: **A000000** 2 N° DE SÉRIE DU RE MODIFIÉ OU REMPLACÉ: 3 N° DE RÉFÉRENCE DU REGISTRE DE PAYSÉ DE L'EMPLOYEUR: **125946**

4 NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR: **DIVISION 27**
355, CHEMIN DU FORT
GATINEAU, QC 5 N° D'ENTREPRISE (NE) ATTRIBUÉ PAR L'ARC: **000 000 000R0000**
 6 GENRE DE PÉRIODE DE PAYSÉ: **QUINZAINE**

7 CODE POSTAL: **XIX 1X1** 8 N° D'ASSURANCE SOCIALE: **000-000-000**

9 NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYÉ(E): **JEAN TREMBLAY**
123, RUE PRINCIPALE
GATINEAU, QC Z1Z 1Z1 10 PREMIER JOUR DE TRAVAIL (OU PREMIER JOUR DE TRAVAIL DEPUIS LE DERNIER RE ENVIS): J M A: **01 01 2010**
 11 DERNIER JOUR PAYSÉ: J M A: **25 02 2011**
 12 DATE DE FIN DE LA DERNIÈRE PÉRIODE DE PAYSÉ: J M A: **26 02 2011**

13 PROFESSION: **ADJOINT** 14 DATE PRÉVUE DE RAPPEL: DATE NON COMME RETOUR NON PRÉVU

15A HEURES ASSURABLES TOTALES SELON LE TABLEAU AU VERSO: **2140 0** 16 RAISON DU PRÉSENT RELEVÉ D'EMPLOI: INSCRIRE LE CODE: **A**

15B RÉMUNÉRATION ASSURABLE TOTALE SELON LE TABLEAU AU VERSO: **\$ 11 600,00** POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS, APPELER: **ANNIE BÉLANGER**
 N° DE TÉLÉPHONE: **(555) 555-5555**

15C À REMPLIR SEULEMENT SI, Y A UNE PÉRIODE DE PAYSÉ SANS RÉMUNÉRATION ASSURABLE, REMPLIR SELON LE TABLEAU AU VERSO.

P.P.	RÉMUNÉRATION ASSURABLE	P.P.	RÉMUNÉRATION ASSURABLE	P.P.	RÉMUNÉRATION ASSURABLE
1	1 200,00	2	800,00	3	800,00
4	800,00	5	800,00	6	800,00
7	800,00	8	800,00	9	800,00
10	800,00	11	800,00	12	800,00
13	800,00	14	800,00	15	
16		17		18	
19		20		21	
22		23		24	
25		26		27	

15D À REMPLIR SEULEMENT SI PAIEMENTS (AUTRES QUE LE SALAIRE HABITUEL) PAYSÉS AU COURS DE, EN PRÉVISION DE, OU APRÈS LA DERNIÈRE PÉRIODE DE PAYSÉ.

A - PAYSÉ DE VACANCES: **\$ 400,00** B - JOURS FÉRIÉS (S):

J	M	A	\$
			.
			.
			.

C - AUTRES SOMMES (PRÉCISER):

\$.
	.
	.
	.

18 À REMPLIR SEULEMENT SI CONGÉ DE MALADIE, DE MATERNITÉ OU PARENTAL OU INDÉMNITÉ D'ASSURANCE SALAIRE (PAYABLE APRÈS LE DERNIER JOUR DE TRAVAIL).

DATE DE DÉBUT DU PAIEMENT: J M A: PAR JOUR PAR SEMAINE

19 COMMUNICATION PRÉFÉRÉE EN: FRANÇAIS ANGLAIS 20 N° DE TÉLÉPHONE: **(555) 555-5555**

21 JE RECONNAIS QUE TOUTE FAUSSE DÉCLARATION CONSTITUE UNE INFRACTION ET J'ATTESTE, PAR LES PRÉSENTES, QUE TOUTES LES DÉCLARATIONS DE CE FORMULAIRE SONT VÉRIDIQUES.

NOM DU SIGNATAIRE (employeur): **Serena Awad** NOM DU SIGNATAIRE (en lettres majuscules): **SERENA AWAD** DATE: **28 02 2011**

Canada Service Canada assure la prestation des programmes et des services de Ressources humaines et Développement des compétences Canada pour le gouvernement du Canada
 CORE DE L'EMPLOYÉ(S) (VOIR VERSO) PARTIE 1
 Form available in English.