

# UNITÉ DE TRAVAIL PARTAGÉ

# ANNEXE A

PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI - A

ATTESTATION						
En vue d'éviter les mises à pied projetées, nous soussignés convenons par ces présentes de conclure un accord de Travail partagé et nommons les personnes suivantes pour nous représenter* pour toutes les questions relatives à l'accord de Travail partagé susmentionné.						
Nom de l'employeur		Adresse et emplacement de l'unité de Travail partagé			Signatures des représentants des employés	
#	NOM DE L'EMPLOYÉ	EMPLOYÉ NON-SYNDIQUÉ	PROFESSION	DATE DE RECRUTEMENT (AAAA-MM-JJ)	SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ NON SYNDIQUÉ	HEURES HEBDOMADAIRES NORMALES
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

HRSDC EMP5101 F

AVAILABLE IN ENGLISH - EMP 5101 E

Les renseignements demandés sur ce formulaire sont recueillis en application de la Loi sur l'assurance-emploi et seront utilisés à des fins d'administration du Travail partagé, de recherche et d'établissement de statistiques. Ils seront conservés dans le fichier de renseignements personnels RHDCC PPU 295. La Loi sur la protection des renseignements personnels et la Loi sur l'accès à l'information garantissent la protection des renseignements qui vous concernent et vous autorisent à les consulter. Les instructions sur la façon d'obtenir ces renseignements sont données dans l'Info Source, que vous pouvez consulter dans les Centres Service Canada.

\*Les représentants devraient provenir de l'unité de Travail partagé.