

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Matricule : \_\_\_\_\_

CSN

APTS

SNS

### Changement du choix d'hôpital

Je désire me désister de mon poste futur obtenu au choix de poste de 2016 au nouveau CHUM ou à l'HCND et m'inscrire sur la liste de rappel de l'autre hôpital.

---

**La gestion des remplacements vous contactera afin de remplir un formulaire de disponibilité.**

**Le transfert sur la liste de rappel sera effectif à la date de transfert de votre service actuel.**

**Il est à noter que la modification demandée sur le présent formulaire sera automatiquement acceptée. Une confirmation écrite vous sera acheminée vers le mois de septembre 2017.**

<b>Le formulaire doit être retourné à la DRHAJ avant le 28 juillet 2017</b>
Adresse: 850, rue St-Denis, 5e étage, Montréal H2X 0A9 Courriel: <a href="mailto:equipedotation.drh.chum@sss.gouv.qc.ca">equipedotation.drh.chum@sss.gouv.qc.ca</a> / Télécopieur: 514-412-7296 Pour questions: 8340
Signature : _____ Date : _____