

Veillez utiliser [Adobe Acrobat Reader](#) pour compléter ce formulaire.

1^{RE} EMBAUCHE À LA FACULTÉ DE PHARMACIE

Prénom _____ Nom _____
 Prénom légal / officiel (si différent) _____ Pays de naissance _____
 Date de naissance (JJ-MM-AAAA) _____ Faculté _____
 Étudiant UdeM Oui Non Matricule employé UdeM (s'il y a lieu) _____
 Étudiant présentement inscrit à l'UdeM Oui Non
 Cycle d'études en cours _____
 Matricule étudiant UdeM (s'il y a lieu) _____
 NAS _____ Date expiration NAS _____
 Téléphone _____ (si débute par chiffre 9)
 Adresse :
 Rue _____ Appartement _____
 Ville _____ Code postal _____
 Adresse courriel _____

RÉEMBAUCHE À LA FACULTÉ DE PHARMACIE

Prénom _____ Nom _____
 Prénom légal / officiel (si différent) _____ NAS (Si matricule inconnu) _____
 Matricule employé UdeM _____
 Étudiant présentement inscrit à l'UdeM Oui Non
 Cycle d'études en cours (si étudiant UdeM) _____
 Changement d'adresse récent* ** Oui Non (si oui, remplir le champs adresse ci-dessous)
 Rue _____ Appartement _____
 Ville _____ Code postal _____
 Adresse courriel _____
 Téléphone _____

POUR ADMINISTRATION SEULEMENT

Titre d'emploi rémunéré (1 formulaire par titre d'emploi et une 1 ligne par type de taux de salaire)

Sigle du cours/ Programme	Date de début	Date de fin	Taux de salaire			ou taux de salaire unitaire (forfaits)
			Nbre hrs travaillées	Taux horaire	Total \$	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Commentaires / Justificatifs :

GRAND TOTAL \$ _____

Nom du responsable et signature : _____

Numéro du projet à facturer : _____ Numéro de contrat : _____

* Si étudiant UdeM vous êtes responsable de faire votre changement d'adresse au https://ti.umontreal.ca/formulaires/formulaire_aide_RH_Paie.html

** Les étudiants doivent s'assurer d'avoir une adresse postale valide et courriel « umontreal » actif à partir du 17 novembre 2017