

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

### 1<sup>RE</sup> 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 \_\_\_\_\_  
(si débute par chiffre 9)

Téléphone \_\_\_\_\_

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/<br>Programme | Date<br>de début | Date<br>de fin | Taux de salaire         |                 |          | ou taux de<br>salaire unitaire<br>(forfaits) |
|------------------------------|------------------|----------------|-------------------------|-----------------|----------|--|
|                              |                  |                | Nbre hrs<br>travaillées | Taux<br>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](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