

**DEMANDE DE RÉVISION À LA LISTE D'ANCIENNETÉ  
au 30 juin 2024**

NOM : \_\_\_\_\_ MATRICULE : \_\_\_\_\_

POSTE : \_\_\_\_\_ COURRIEL \*obligatoire: \_\_\_\_\_

LIEU DE TRAVAIL : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL : \_\_\_\_\_ RÉSIDENCE : \_\_\_\_\_

**OBJET DE LA DEMANDE DE RÉVISION**

---

---

---

---

---

---

---

---

À retourner au Service des ressources humaines, à [srh.soutien@cssps.gouv.qc.ca](mailto:srh.soutien@cssps.gouv.qc.ca) avec copie au syndicat. Un suivi sera fait dans les meilleurs délais.

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature

**SUIVI DU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES**

Votre demande de révision de l'ancienneté au 30 juin 2024 sera traitée de la façon suivante :

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Coordonnateur / secteur relations de travail