

GROUPE	DIVISION	NOM DE L'EMPLOYEUR
--------	----------	--------------------

CERTIFICAT	NOM DE L'EMPLOYÉ	CODE DU CHANGEMENT	NOUVEAU SALAIRE ANNUEL	NOUVELLE CLASSE	NOUVELLE DIVISION	DATE D'EFFET DU CHANGEMENT

Transmettre par télécopieur ou par courriel dans un fichier à [collectif.admin@uvassurance.ca](mailto:collectif.admin@uvassurance.ca)

CODES DE CHANGEMENTS	
<b>CODES</b>	<b>SIGNIFICATION</b>
45	CHANGEMENT DE CLASSE OU DE DIVISION
46	MISE À PIED TEMPORAIRE
51	CESSATION D'EMPLOI
56	RETOUR AU TRAVAIL APRÈS UNE MISE À PIED TEMPORAIRE
60	CHANGEMENT DE SALAIRE
00	GRÈVE, LOCKOUT

S.V.P. CONSERVER UNE COPIE DE CE RAPPORT