

Formulaire d'autodéclaration pour ajustement d'ancienneté

Processus unique de reconnaissance d'ancienneté (PURA)



Nom et prénom: _____

Numéro d'employé: _____

Historique d'emploi (du plus récent au plus ancien)

Nom de l'établissement	Date de début d'emploi	Date de fin d'emploi	Titre(s) d'emploi	Heures / semaine	Statut Temps plein / temps partiel	Commentaires

Période de congé

Nom de l'établissement	Date de début de congé	Date de fin de congé	Type de congé	Nombre jours absence/semaine si congé partiel

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets. Je comprends que je pourrai être tenu responsable en cas de fausse déclaration. Des pièces justificatives pourraient être requises pour attester de la reconnaissance de l'ancienneté .

Signature : _____

Adresse courriel professionnelle **ACTIVE** Déposer votre autodéclaration sur la plateforme <https://pura.sante.quebec>

Adresse courriel professionnelle **INACTIVE** Envoyer votre autodéclaration à pura.hsj@ssss.gouv.qc.ca