



DEMANDE D'AFFECTATION À UN AUTRE POSTE PERMANENT VACANT
MEMBRES DU SCFP 1253 – sous local 1039, 1085, 1086 et 1087

NOM : _____

PERMANENT

SUPPLÉANT

CLASSIFICATION : _____ LIEU DE TRAVAIL : _____

ADRESSE COMPLÈTE : _____
code postal

TÉLÉPHONE : _____ SIGNATURE : _____

DATE : _____

**Pour nous assurer que votre formulaire a bien été reçu, nous vous répondrons par :
« Merci, bien reçu. » Si vous ne recevez pas cette confirmation, veuillez faire un suivi
avec nous avant la fin de la période d'affichage.**

Si vous postulez pour plus d'un poste, veuillez indiquer vos choix par ordre de priorité.

Numéro du concours	Nom de l'école	Classification	Nombre d'heures

Veuillez faire parvenir ce formulaire dûment rempli à l'adresse suivante : dsf-ne-1253@nbed.nb.ca

**À L'USAGE DES MEMBRES DU SCFP - LOCAL 1039, 1085, 1086 et 1087
SEULEMENT**