

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION ET DE TRAITEMENT

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ

Nom de l'employé:

Poste occupé:

Lieu de travail:

Date et lieu de la perte:

DESCRIPTION DU BIEN PERDU:

Date de la perte :

Heure de la perte :

Circonstances de la perte:

[Expliquez brièvement les circonstances de la perte, y compris toute information pertinente]

Déclaration de l'employé:

Je certifie que les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes à ma connaissance.

Signature de l'employé: _____ Date: _____

SECTION RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION DU CSNO

Approbation de la trésorière

Demande approuvée Demande refusée

Montant remboursée :

Date: _____