

DEMANDE DE CORRECTION DES IMPUTATIONS COMPTABLES

Nom de l'établissement ou du service : _____

Nom de l'employé : _____ Matricule : _____

Période		Poste budgétaire	Emploi(s) ciblé(s)	Centre / projet	Montant
Du :	Au :	Initial :			\$
		À imputer :			\$
Du :	Au :	Initial :			\$
		À imputer :			\$
Du :	Au :	Initial :			\$
		À imputer :			\$
Du :	Au :	Initial :			\$
		À imputer :			\$
Du :	Au :	Initial :			\$
		À imputer :			\$
Du :	Au :	Initial :			\$
		À imputer :			\$
Du :	Au :	Initial :			\$
		À imputer :			\$
Du :	Au :	Initial :			\$
		À imputer :			\$
Total des corrections de la page :					\$

Signature de la direction : _____ Date : _____

- Un employé par demande.
- Joindre la capture d'écran d'Infini ou de la paie pour justifier la/les correction(s) demandée(s). Les avantages sociaux seront transférés automatiquement.
- Si la date demandée est une date fixe, inscrire la même date dans les deux cases «Du» et «Au» (exemple : Du : 8 octobre 2020 Au : 8 octobre 2020).

Important : Veuillez faire parvenir vos demandes au Service des ressources humaines à l'adresse courriel srhpaie@cscv.qc.ca.