



Emploi occupé
Lieu de travail

**SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES
FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS PAIE**

Numéro ASSURANCE SOCIALE : _____ / _____ / _____ Je confirme avoir vu la carte d'assurance sociale : _____ Signature d'un témoin membre du personnel du CSHL : _____ Nom en lettres moulées : _____
--

Adresse: _____

Ville : _____ Code postal : _____

Numéros de téléphone : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____ (aaaa / mm / 11)

ADRESSE COURRIEL : _____
Pour la réception des chèques de dépôts

ÉTAT CIVIL :

(Signature)
Date : _____ / _____ / _____

OBLIGATOIRE pour le dépôt de paie : ** JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE**