



# Pétition citoyenne



## RELEVÉ D'EMPLOI (RE)

1 N° DE SÉRIE <b>W00000-2012</b>	2 N° DE SÉRIE DU RELEVÉ MODIFIÉ OU REMPLACÉ	3 N° DE RÉFÉRENCE DU REGISTRE DE PAYE DE L'EMPLOYEUR
4 NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR <b>Mouvement Autonome et Solidaire des Sans-Emploi (MASSE) - masse@lemasse.org 1691, boul. Pie-IX, local 405 Montréal (Québec)</b>		5 NUMÉRO D'ENTREPRISE (NE) DE L'ARC
7 CODE POSTAL <b>H1V 2C3</b>		6 GENRE DE PÉRIODE DE PAYE
9 NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYÉ(E) <b>Diane Finley Chambre des communes Ottawa (Ontario) K1A 0A6</b>		8 N° D'ASSURANCE SOCIALE
		10 PREMIER JOUR DE TRAVAIL J M A <b>28 06 2004</b>
		11 DERNIER JOUR PAYÉ J M A <b>31 03 2012</b>
		12 DATE DE FIN DE LA DERNIÈRE PÉRIODE DE PAYE J M A <b>31 03 2012</b>

13 PROFESSION <b>Ministre des Ressources humaines et du Développement des compétences</b>	14 DATE PRÉVUE DE RAPPEL J M A <input type="checkbox"/> DATE NON CONNUE <input checked="" type="checkbox"/> RETOUR NON-PRÉVU
15A HEURES ASSURABLES TOTALES SELON LE TABLEAU À LA PAGE 2	16 RAISON DU PRÉSENT RELEVÉ D'EMPLOI <b>Congédiement</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</span>

15B RÉMUNÉRATION ASSURABLE TOTALE SELON LE TABLEAU À LA PAGE 2	POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS, APPELER <b>Les citoyens et citoyennes du Canada qui paient des taxes et des impôts</b>
--	--

15C LA PREMIÈRE ENTRÉE DOIT ÊTRE LA RÉMUNÉRATION ASSURABLE DE LA PÉRIODE DE PAYE FINALE (LA PLUS RÉCENTE). LES DÉTAILS DOIVENT ÊTRE INSCRITS PAR PÉRIODE DE PAYE SELON LE TABLEAU À LA PAGE 2.

P.P.	RÉMUNÉRATION ASSURABLE	P.P.	RÉMUNÉRATION ASSURABLE	P.P.	RÉMUNÉRATION ASSURABLE
1		2		3	
4		5		6	
7		8		9	
10		11		12	
13		14		15	
16		17		18	
19		20		21	
22		23		24	
25		26		27	

17 À COMPLÉTER SEULEMENT SI PAIEMENTS (AUTRES QUE LE SALAIRE HABITUEL) PAYÉS AU COURS DE, EN PRÉVISION DE OU APRÈS LA DERNIÈRE PÉRIODE DE PAYE.

A - PAYE DE VACANCES

	\$
--	----

B - JOUR(S) FÉRIÉ(S)

J	M	A	\$	J	M	A	\$

C - AUTRES SOMMES (PRÉCISER)

	\$
	\$
	\$

18 OBSERVATIONS

**Congédée pour manque de respect envers les travailleurs et travailleuses victimes du chômage, particulièrement pour :**

- le retrait du droit des employé-e-s à recevoir une copie de leur relevé d'emploi lorsque l'employeur le produit électroniquement (RE Web);
- votre incapacité (ou refus) à améliorer la prestation de services, de réduire les délais de traitement et votre refus d'engager du personnel compétent supplémentaire;
- votre obstination à détourner les surplus de la Caisse d'assurance-emploi et votre refus de bonifier le régime afin que l'ensemble des victimes du chômage soient protégées.

19 **Coordonnées de l'organisme**

Nom \_\_\_\_\_

Titre \_\_\_\_\_

Organisme \_\_\_\_\_

20 COMMUNICATION PRÉFÉRÉE EN <input checked="" type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	21 N° DE TÉLÉPHONE Tél : 514-524-2226 Fax : 514-524-7610
---	--

22 J'appuie la campagne du Mouvement Autonome et Solidaire des Sans-Emploi pour de réelles améliorations à l'assurance-chômage.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

J	M	A

