

FIN D'EMPLOI

ACMPA

Bureau de : _____

Je donne ma démission comme employé/e de la Société canadienne des Postes pour la raison suivante (retraite, démission, retour aux études, etc...) :

Dernier jour payé par PC _____

NOM: _____

POSTE ACTUEL: _____

ADRESSE: _____

I.D.: _____

Signature _____ Date _____

JOB TERMINATION

CPAA

Office: _____

I submit my resignation as an employee of Canada Post Corporation for the following reason (retirement, resignation, Education leave, etc.):

Last day paid by CP _____

NAME: _____

CURRENT POSITION: _____

ADDRESS: _____

I.D.: _____

Signature _____ Date _____

ACCUSÉ DE RÉCEPTION OBLIGATOIRE

GESTIONNAIRE OU CHEF DE ZONE

J'accepte votre démission à compter du _____
Étant votre dernier jour à l'emploi.

Nom en lettres moulées

Signature _____ Date _____

ORIGINAL: ANALYSTE CPR – MONTRÉAL OU QUÉBEC @ COURRIEL
COPIE: EMPLOYÉ
ACMPA

MANDATORY ACKNOWLEDGEMENT

LOCALE AREA MANAGER OR SUPERINTENDANT

I accept your resignation as of _____
Being your last day at work

Name (capital letters)

Signature _____ Date _____

ORIGINAL: PC&R ANALYST – MONTREAL OR QUEBEC @EMAIL
COPY : EMPLOYEE
CPAA