

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,...) :

Dernier jour payé par PC _____

NOM: _____

CLASSIFICATION: _____

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,) :

Last day paid by CP _____

NAME: _____

CLASSIFICATION: _____

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: RELATIONS AVEC LES EMPLOYÉS – QC OU MTL
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: EMPLOYEE RELATIONS QUEBEC OR MONTREAL
COPY : EMPLOYEE
CPAA