

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ABSENCE POUR RÉSIDENT (V11_2023-11)

Nom _____ **Prénom** _____ **Agent payeur** _____
Matricule UL _____ **Niveau** _____ **Programme** _____
Durant le stage de _____ **Prévu de** _____ **à** _____ **Établissement** _____

Vacance annuelle (aa-mm-jj)	Du _____ au _____ Journée séparée
Reprise congé férié (aa-mm-jj)	Date de la reprise _____ Nom du congé à reprendre _____ Autre (précisez) _____
Congrès (aa-mm-jj) *Preuve inscription requise *Journée complète seulement	Du _____ au _____ Spécifier le titre: _____ Journée séparée _____ Lieu _____
Étude (aa-mm-jj)	Du _____ au _____ Journée séparée _____ Année _____ Spécifier l'examen _____
Examen (aa-mm-jj)	Date de l'examen _____ Spécifier _____ Lieu _____ Date de déplacement si > 240 km _____
Maladie (aa-mm-jj)	Du _____ au _____ Journée séparée _____ Cocher s'il s'agit de maladie motif personnel (max trois par année, non consécutives)
Formation (aa-mm-jj)	Du _____ au _____ Journée séparée _____ Nom de la formation _____
Congés autres (aa-mm-jj) (*Preuve requise)	Du _____ au _____ Décès : déplacement si >240 km _____ Journée séparée _____ Nom du congé _____ Précisez _____
Journée de recherche (aa-mm-jj) Approbation écrite préalable du directeur de programme	Journée séparée _____ Titre du projet de recherche _____
Annulation de congé (aa-mm-jj)	Précisez _____ Du _____ au _____ Journée séparée _____

Signature résident

Date de la demande

*Votre demande sera transmise à votre ARC / RC, responsable de stage et/ou au milieu de stage, s'il y a lieu. Ceux-ci disposent de 15 jours ouvrables pour évaluer votre demande et répondre par écrit si votre demande est refusée, sans quoi le congé est réputé accordé, à l'exception de la Période 7.

Signature

Date

Refusé

Motif du refus

ARC / RC

Responsable / représentant autorisé