



## Demande d'indemnités

Nom :		Prénom :	
Objet :			
Lieu :			
Date :			

Taux horaire **69,94 \$ / h**

Salaires ( <i>précisez</i> ) Taux (1/150 <sup>e</sup> )	Date	Nbre d'heures	

Salaires ( <i>précisez</i> ) Demi taux (1/300 <sup>e</sup> )	Date	Nbre d'heures réelles	Heures réelles divisées par deux	

<b>Avis important :</b> Les demandes ne seront traitées que si toutes les pièces justificatives sont jointes.	<b>TOTAL</b>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	--

Signature :		Date :	
-------------	--	--------	--

Révisé : 2022-06-30

Veuillez transmettre votre demande à [remboursement@sccc-ugo.ca](mailto:remboursement@sccc-ugo.ca)