

Mandat de représentation

Nom du CPE : _____

Nom de la personne à représenter

Nom	Prénom		
Adresse No, Rue, App.			
Ville			
Province			Code postal
Téléphone		Courriel	

Représentant syndical

Syndicat Syndicat des travailleurs (euses) en CPE de L'Outaouais STCPEO-CSN	
Membre de l'exécutif syndical Sébastien Morel vpstcpeo-csn@outlook.com	Membre de l'exécutif syndical Janie Paiement presidentestcpeo-csn@outlook.com
Téléphone 819-743-3242, 819-643-6623	Courriel sttcpeoutaouais@hotmail.com

1. **J'autorise** les représentants mentionnés ci-dessus à me représenter, à avoir accès à mon dossier détenu par le CPE et à en obtenir copie, en partie ou en totalité.
2. **J'autorise** les représentants mentionnés ci-dessus à consulter les personnes conseillères de la Fédération de la Santé et des Services Sociaux et/ou les différents services nécessaires afin d'assurer ma représentation au sein de la Confédération des Syndicats Nationaux.
3. **J'autorise** également le CPE à lui fournir une copie de mon dossier et lui communiquer tout document ou renseignement personnel concernant mon dossier.
4. **J'autorise** le Syndicat des travailleurs (euses) en CPE de L'Outaouais STCPEO-CSN et/ou de la Fédération de la Santé et des Services Sociaux à recueillir, utiliser, reproduire ou conserver tout document utile à la gestion de mon dossier et ce, pour la période de gestion du dossier, ne dépassant pas une période de 7ans.

Signature de la syndiquée

Date

--	--