**PROCESSUS D’ÉCHANGE DE POSTES – DEMANDE DE NOMINATION OU DE MUTATION**

**FORMULAIRE DEVANT ÊTRE REMPLI PAR LE GESTIONNAIRE DE L’EMPLOYÉ OPTANT**

|  |
| --- |
| 1. **Processus et renseignements généraux sur la nomination**
 |
| Type de demande :  | Durée de la nomination : Indéterminée |
| 1. **Renseignements sur le remplaçant (employé non touché qui occupera le poste de l’employé optant)**

**\*\*\*Veuillez utiliser l’information liée au poste « optant »** |
| **Renseignements financiers ou sur le poste qui figureront dans la lettre d’offre pour le remplaçant** |
| Titre du poste :       | Région :       |
| Organisme :       | Sous-organisme :       |
| Groupe et niveau de classification :      Numéro du poste :       | Exigences linguistiques relatives au poste : **Exemption** conformément au *Décret d’exemption sur la nomination ou la mutation de remplaçants* (le *Décret*) et au *Règlement sur la nomination ou la mutation de remplaçants* (le *Règlement*). |
| Lieu du poste :       | Centre de coûts :      Service :       |
| **Renseignements sur l’employé remplaçant** |
| Prénom de l’employé :       | Nom de l’employé :       |
| Numéro d’identité national (CIDP) :       | Langue officielle privilégiée par l’employé (pour la correspondance) :  |
| **Renseignements liés à la lettre d’offre pour le remplaçant** |
| Date de la nomination ou de la mutation\* *(jj/mm/aaaa)*: \**La date d’entrée en vigueur de l’échange de postes doit être la même pour les deux employés.* | Date de départ\* *(jj/mm/aaaa)*: *\*La date de départ doit se situer au plus cinq jours après la date de la nomination.* |
| Option sélectionnée par le remplaçant :  |
| **Renseignements sur la rémunération et les avantages sociaux de l’employé remplaçant****(à remplir uniquement si l’employé vient d’un autre ministère ou organisme (pas RHDCC))** |
| Nom du conseiller en rémunération et en avantages sociaux:       | Numéro de téléphone :      Adresse de courriel :       |
| **Renseignements du conseiller financier de l’employé remplaçant****(à remplir uniquement si l’employé vient d’un autre ministère ou organisme (pas RHDCC))** |
| Nom du conseiller financier :       | Numéro de téléphone :      Adresse de courriel :       |
| 1. **Renseignements sur l’employé optant (qui sera embauché pour occuper le poste non touché)**
 |
| **Renseignements sur l’employé optant** |
| Prénom de l’employé :       | Nom de l’employé :       |
| Numéro d’identité national (CIDP) :       | Groupe et niveau de classification :       |
| 1. **Commentaires supplémentaires**
 |
|       |
| 1. **Autorisation**
 |
| Organisation:  | Région :  |
| Gestionnaire recruteur :       | Personne-ressource – soutien administratif :       |
| Gestionnaire subdélégataire (Niveau 3) :       | Date de soumission *(jj/mm/aaaa)*:  |
| Date de l’approbation du SMA (s’il y a lieu):        |

**Veuillez transmettre par courriel le formulaire Processus d’échange de postes – Demande de nomination ou de mutation aux unités de réaménagement des effectifs régionales appropriées :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ouest** | W-T-HR-RH-WFM-GD |
| **Ontario**  | ON-WFA-RE-GD |
| **Capitale nationale**  | NC-WFA-RH-HR-GD |
| **Québec**  | QC-DRE-Ressourcement-GD |
| **Atlantique** | ATL-WFA-RE-Resourcing-Ressourcement-GD |