**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](mailto:W-T-HR-RH-WFM-GD%20%3cW-T-HR-RH-WFM-GD@hrsdc-rhdcc.gc.ca%3e) |
| **Ontario** | [ON-WFA-RE-GD](mailto:ON-WFA-RE-GD%20%3cON-WFA-RE-GD@hrdc-drhc.net%3e) |
| **Capitale nationale** | [NC-WFA-RH-HR-GD](mailto:NC-WFA-RH-HR-GD%20%3cNC-WFA-RH-HR-GD@hrdc-drhc.net%3e) |
| **Québec** | [QC-DRE-Ressourcement-GD](mailto:QC-DRE-RESSOURCEMENT-GD@hrdc-drhc.net) |
| **Atlantique** | [ATL-WFA-RE-Resourcing-Ressourcement-GD](mailto:ATL-WFA-RE-Resourcing-Ressourcement-GD@hrdc-drhc.net) |