



Renseignements sur la personne nommée à un poste à temps partiel, rémunérée sur une base journalière

Directives

- Le formulaire **DOIT** comprendre un **identifiant WIN**, un **nom** et une **signature** pour être traité.
- Nouvelles nominations** : ce formulaire doit être rempli dans le cadre d'un processus d'insertion et inclus dans la trousse de la nouvelle nomination. NE PAS l'envoyer séparément.
- Les personnes nommées et figurant dans le système WIN** doivent se servir de ce formulaire pour demander de faire des changements aux renseignements personnels inscrits ci-dessous.

Des questions? Appelez l'InfoCentre des Services communs de l'Ontario Dire

	Numéro de téléphone	Téléimprimeur (ATS)
Dans la région du Grand Toronto	416-326-9300	416-327-3851
En dehors de la région du Grand Toronto	1-866-979-9300	705-755-5544 or 1-866-310-7259

Collecte de renseignements personnels

La collecte de renseignements personnels dans ce formulaire est autorisée aux termes de la *Loi sur le ministère des Services gouvernementaux*, L.R.O. 1990, chapitre M.25, article 6. Veuillez adresser vos questions sur cette collecte à l'InfoCentre des Services communs de l'Ontario (aux coordonnées susmentionnées) ou écrire au directeur, Direction de l'administration de la paie et des avantages sociaux, Services communs de l'Ontario, a/s Service de courrier, édifice Macdonald, 77 rue Wellesley Ouest, CP 500, Toronto ON M7A 1N3.

1. Identification de la personne nommée

Nom du ministère		Nom de l'organisme	
Titre de la personne nommée			
Nom légal – doit être le même que celui apparaissant sur le certificat de naissance canadien, le passeport canadien, la carte de citoyenneté canadienne, le certificat de statut d'immigrant admis ou le permis de travail			
Nom de famille		Prénom	Initiale du 2 ^e prénom
Identifiant WIN	Numéro d'assurance sociale	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	

2. Coordonnées de la personne nommée

Nouvelle adresse

Numéro de bureau	Numéro de la rue	Nom de la rue	Case postale
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone À la maison		Cellule	Adresse courriel à la maison

Ancienne adresse

Numéro de bureau	Numéro de la rue	Nom de la rue	Case postale
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone À la maison		Cellule	Adresse courriel à la maison

3. Personne à contacter en cas d'urgence

Nom de famille		Prénom	Lien avec la personne nommé	
Cette personne a-t-elle la même adresse et le même numéro de téléphone que la personne nommée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si vous avez répondu non, veuillez fournir les renseignements ci-dessous ▼				
Numéro de bureau	Numéro de la rue	Nom de la rue	Case postale	
Ville		Province/État	Code postal	Pays
Numéro de téléphone (avec indicatif du pays si en dehors du Canada)				
À la maison		Au travail	Cellule	Autre

4. Signature

Signature de la personne nommée		Date (aaaa/mm/jj)
---------------------------------	--	-------------------