

FORMULAIRE DE DEMANDE

Nom du candidat-e : _____

Adresse : _____

Numéro d'assurance sociale du candidat-e : _____

Nom du membre : _____

Adresse : _____

Groupe et niveau : _____ Section Locale : _____

Nom du conjoint (le cas échéant) : _____

Nom de l'établissement d'enseignement : _____

Titre du cours : _____

Durée du cours : _____

Dates du cours : _____ Frais de scolarité : _____

Recevez-vous des fonds provenant d'une autre source pour suivre ce cours? Oui Non

Montant estimé de l'écart entre les coûts liés au cours pendant la première année et le montant des revenus disponibles

Soumettre au : Président national
 Syndicat des employées et employés nationaux
 150, rue Isabella, 9^e étage
 Ottawa (Ontario)
 K1S 1V7