



## Association professionnelle du personnel administratif Formulaire d'adhésion syndicale

Nom de famille		
Prénom		Numéro de matricule
Adresse		# Appartement
Ville		Code postal
Téléphone	Courriel	
Corps d'emploi	Date d'entrée en fonction An      Mois      Jour	
Lieu de travail		

Je soussigné(e), adhère comme membre à l'Association professionnelle du personnel administratif (CSN). Je m'engage à me conformer aux statuts et règlements et aux décisions de l'association.

Les statuts et règlements de l'APPA prévoient un droit d'entrée de dix dollars (10,00 \$) payable au moment de l'embauche. Ce montant est perçu par l'employeur sur le versement de la première paie.

Réservé à l'usage du syndicat  
(timbre de réception)

J'autorise l'APPA à me faire parvenir de l'information syndicale à mon adresse courriel.

Signature de la personne salariée	Date An      Mois      Jour
-----------------------------------	--------------------------------

**VEUILLEZ FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE ORIGINAL SIGNÉ À L'APPA**