



Le Syndicat Des Techniciens du Cinéma
I.A.T.S.E. 849

ATTESTATION

(Toutes les sections de ce formulaire doivent être remplies)

Une fois signée par le représentant autorisé de la société (ci-dessous) et par l'employé(e) ou la société, la présente Attestation confirme que les services de l'employé(e) ou de la société sont retenus pour la production suivante et est soumise pour signature à la Convention Collective du Local 849 de I.A.T.S.E.:

Titre de la production:		Téléphone:
Société de production:		Télec:
Adresse:		
Ville:	Province:	Code Postal:

Nom de l'employé(e):		Date de Naissance:	
Adresse:		NAS:	
Ville:		Téléphone:	
Province:	Code Postal:	E-mail:	
Société:		N° d'inscription de la société:	N° TPS:
Titre du poste:		Générique:	
Contact en cas d'urgence:			
Dates du début/de la fin:		Type d'embauche:	
mois jour année à mois jour année		Hebdomadaire: <input type="checkbox"/> Quotidienne: <input type="checkbox"/>	
Salaires: \$	Par: Heure: <input type="checkbox"/>	Jour: <input type="checkbox"/>	Semaine: <input type="checkbox"/>
Conditions de transport:		Par:	
Location de la trousse de travail de l'employé(e):		Par:	
Dispositions diverses:			

Êtes-vous membre en règle?	Je déclare que je suis MEMBRE EN RÈGLE de la Section I.A.T.S.E. 849:	<input type="checkbox"/>
	Je déclare que je suis MEMBRE EN RÈGLE d'une autre/d'autres section(s) locale(s) de I.A.T.S.E.:	<input type="checkbox"/>
	Je déclare que je suis NON-MEMBRE PARTICIPANT AU PROGRAMME DE STAGIAIRES du I.A.T.S.E. 849	<input type="checkbox"/>
	Je déclare ne pas être MEMBRE:	<input type="checkbox"/>

Quiconque n'est pas membre de la Section locale 849 de I.A.T.S.E. doit joindre une demande de permis de travail dûment remplie à cette attestation.

J'autorise la Section locale 849 de I.A.T.S.E. à agir en qualité d'agent de négociation pour la présente production.
J'autorise la société de production à retenir de ma rémunération et à verser à la Section locale 849 de I.A.T.S.E. toutes les sommes dues et payables, conformément à la convention collective négociée entre elles.

_____ *l'employé(e)*

_____ *au nom de la société de production*

_____ *Date*

_____ *Date*

S'il vous plaît envoyer le formulaire dûment rempli au courriel: admin@iatse849.com
1-617 Windmill Road, 2e étage, Dartmouth, Nova Scotia, B3B 1B6 | Téléphone: 902.425.2739