

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONGÉ

Nom: _____ CNPV N° _____

Titre du Poste: _____ Poste N° _____ Échelon: __

Service: _____ Ministère: _____

DATE D'ENTRÉE EN FONCTION : _____

TYPE DE CONGÉ À PRENDRE: _____

LIEU DU CONGÉ: _____

PREMIER JOUR DE CONGÉ: _____ DERNIER JOUR DE CONGÉ: _____

NOMBRE TOTAL DE JOURS OUVRABLES DU CONGÉ : _____

AVANCE SUR SALAIRE : OUI NON Date requise : _____
(Veuillez entourer et soumettre la bonne réponse et déposer au moins trois semaines d'avance)

Signature de l'agent : _____ Date: _____

LA DEMANDE DE CONGÉ EST ACCEPTÉE : OUI NON (veuillez entourer la bonne réponse)

Signature du superviseur : _____ Date : _____

OBSERVATIONS : _____

APPROBATION DU DIRECTEUR GÉNÉRAL/DIRECTEUR OU SECRÉTAIRE DE LA CFP :

CONGÉ APPROUVÉ : OUI/NON (veuillez entourer la bonne réponse) Date: _____

OBSERVATIONS : _____

Nom: _____ Signature: _____

(Seulement pour les congés annuels, congé reconnu de maladie, maternité, famille, événements familiaux malheureux, sports international/provinciaux, événements culturels et religieux. Un certificat médical doit être joint pour tout congé de maladie de plus de 2 jours pour un employé habitant dans les régions de Port-Vila et Luganville ou de plus de 4 jours dans les autres régions)

APPROBATION DE LA COMMISSION DE LA FONCTION PUBLIQUE: (seulement pour un congé sabbatique, détachement, congé sans salaire et congé non normalisé)

APPROUVÉE /NON APPROUVÉE (veuillez entourer la décision) Réunion de la CFP du: _____

SECRÉTAIRE DE LA CFP, NOM: _____ Signature: _____

RÉSERVÉ À L'ARH

Date de saisie dans le SGIRH: _____