



VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE ET NOUS LE FAIRE PARVENIR SOIT PAR COURRIEL : ACMM@ACMM.QC.CA, PAR
TÉLÉCOPIEUR : 514-499-1737 OU PAR COURRIER INTERNE À L'ADRESSE CI-HAUT.

FORMULAIRE DU NOUVEAU MEMBRE

Madame	Monsieur	MATRICULE PAIE (6 chiffres) :
Nom :		
Prénom :		Date d'anniversaire (format : jj-MM-aaaa) :
RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS		
Statut d'employé(e) : Permanent Régulier Contractuel		Depuis le :
Titre de la fonction que j'occupe <u>actuellement</u> :		J'occupe cette fonction :
Titre de ma fonction <u>permanente</u> , si j'occupe <i>présentement un poste en fonction supérieure</i> :		J'ai été nommé(e) à ce poste depuis le :
Origine du poste permanent : Cadre Col bleu SPPMM SFMM Autre :		
Ville d'origine (avant fusion : ancien-Mtl; Ex-Cum; Ex-Ville - s'il y a lieu) :		Date d'entrée:
COORDONNÉES PROFESSIONNELLES POUR VOUS JOINDRE		
Arrondissement ou Service :		
Direction :		
Division :		
Adresse :		Code postal :
		Télécopieur :
Téléphone		Cellulaire
Adresse électronique :		<i>J'autorise l'ACMM à communiquer avec moi à cette adresse courriel</i>
<i>J'Encadre Montréal : Je souhaite recevoir cette publication par courrier électronique</i>		
RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (DOMICILE)		
Adresse :		Téléphone :
Ville :		Code postal :
Adresse électronique :		<i>J'autorise l'ACMM à communiquer avec moi à cette adresse courriel</i>
Signature :		Date :