



R R M S

RÉGIME DE RETRAITE MULTI-SECTEUR

DEMANDE D'INFORMATION POUR LA CSPAAT

(À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR)

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ	Nom de l'employé		NAS
	Date de la blessure	JJ / MM / AAAA	Date de rétablissement
GAINS COTISABLES	Gains cotisables hebdomadaires pour les quatre semaines précédant la date de la blessure : <i>(Non requis pour un congé de maternité, de paternité ou parental, sauf à l'I.-P.-É.)</i>		
	Semaine 1	Semaine 2	
	Semaine 3	Semaine 4	
AUTORISATION ET SIGNATURE	Nom de l'employeur : _____		
	Signature autorisée de l'employeur : _____		
	Nom et titre (en majuscules) : _____		
	Date : _____		