

| IDENTIFICATION | | |
|--------------------------------|--------------------------------|------|
| Prénom | Nom de famille | |
| Numéro d'employée ou d'employé | Date de naissance (AAAA-MM-JJ) | Sexe |

| INFORMATION PERSONNELLE | | |
|---|--|-------------|
| Adresse de la résidence (numéro d'immeuble, rue, appartement) Ville | | Code postal |
| Indicatif régional et numéro de téléphone résidentiel | Indicatif régional et numéro de téléphone cellulaire | |
| Courriel personnel* | | |
| *J'autorise le SPGQ à m'envoyer des informations concernant le syndicat à mon courriel personnel. | oui | non |
| *J'autorise le SPGQ à m'envoyer des informations concernant le syndicat par texto sur mon cellulaire. | oui | non |
| *J'autorise les partenaires du SPGQ à m'envoyer des informations à mon courriel personnel. | oui | non |

| INFORMATION PROFESSIONNELLE | | |
|---|--|-------------|
| Nom du ministère ou organisme | Section | Unité |
| Adresse du bureau (numéro d'immeuble, rue, bureau, ville, province) | | Code postal |
| Indicatif régional, numéro de téléphone au bureau poste : | Date d'entrée en fonction (AAAA-MM-JJ) | |
| Courriel au bureau | | |
| Statut d'emploi <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporaire <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Surnuméraire <input type="checkbox"/> Autre : | | |
| Corps d'emploi | Échelon | |

| CONSENTEMENT | |
|--|-------------------|
| Je désire devenir membre du Syndicat de professionnelles et professionnels du gouvernement du Québec. | |
| Signature de la ou du membre | Date (JJ/MM/AAAA) |

Une fois cette demande d'adhésion dûment complétée, veuillez la faire parvenir à

adhesion@spgq.qc.ca

www.spgq.qc.ca | info@spgq.qc.ca