

Adhésion APAPUS (Article 2-1.02)



Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. bureau : _____ Tél. domicile : _____

Tél. cellulaire : _____

Courriel (UdeS) : _____

Unité administrative (faculté,
institut ou service) : _____

Bureau : _____

Fonction : _____

L'APAPUS récolte des renseignements personnels, dont ceux indiqués dans le présent formulaire, afin de réaliser sa mission de représentation et de défense des intérêts de ses membres. L'APAPUS ne recueille que ce qui est nécessaire aux fins précisées. De plus, l'APAPUS s'engage à préserver et à protéger les renseignements personnels, ainsi qu'à procéder à leur destruction conformément aux lois et aux meilleures pratiques.

J'ai pris connaissance du paragraphe relatif à la cueillette d'information.

Je, soussignée ou soussigné, adhère librement à l'Association du personnel administratif et professionnel de l'Université de Sherbrooke (APAPUS). Je m'engage à en observer les statuts, règlements et décisions et à payer la cotisation fixée par le syndicat.

Date : _____

Signature : _____

Bienvenue !
Retourner à l'APAPUS, local 2030, Pavillon J.-S.-Bourque
ou encore imprimer, signer, numériser et envoyer par courriel à
apapus@usherbrooke.ca
Pour information : 819 821-7856