

Changement du numéro d'assurance sociale (NAS)

Nom, Prénom : _____

Matricule : _____

NAS : _____

Date d'expiration : _____

(Seulement si le NAS commence par un « 9 »)

Signature : _____

Unité admin. : _____

Veillez faire parvenir la demande :

À : **Direction des ressources humaines**
Division de la dotation et gestion de l'information
Télécopieur : (514) 343-2308