



**DEMANDE D'APPROBATION DES
TRAITEMENTS ET SALAIRES
Affectations à l'étranger à long terme**

Entrepreneur	
Projet	
Numéro de projet	Numéro de contrat
Centre de coût / fond	Numéro d'engagement
Numéro de demande	

Classification	Valide à compter du (AAAA-MM-JJ)	Nom de l'employé	Taux annuel	Taux mensuel
----------------	----------------------------------	------------------	-------------	--------------

- Nouvelle affectation Changement d'indice Changement touchant les personnes à charge
 Renouvellement ou prolongation Nouveau traitement de base Mutation
 Autres (préciser) _____

PERSONNES À CHARGE

Nom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Accompagnant	
		Oui	Non
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Traitement annuel brut	Indice calculé (IC)
------------------------	---------------------

Prime de service à l'étranger	Niveau
---	--------

Facteur de péréquation	% du traitement \$ _____ x (_____ - 100) = _____ =
	100

Indemnité différentielle de mission	cote de mission
-------------------------------------	-----------------

A Total de l'indemnité annuelle	
B Total de l'indemnité mensuelle (A / 12)	

PRÉSENTÉ PAR L'ENTREPRENEUR

APPROUVÉ PAR LE CHARGÉ DE PROJETS

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

