AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS

❑ DEMANDE D'ANNULATION OU D'INTERRUPTION DE LA PÉRIODE PROBATOIRE
❑ DEMANDE DE CONFIRMATION D'ANNULATION OU D'INTERRUPTION DE LA PÉRIODE PROBATOIRE

Services en ligne

Au lieu de remplir ce formulaire, vous pouvez maintenant faire votre demande en utilisant les services en ligne accessibles sur notre site Web au www.lautorite.qc.ca/

Note importante

Ce formulaire doit être complété par le superviseur et un autre par le stagiaire.

Nous vous informons que si vous refusez ou omettez de nous fournir les renseignements et/ou documents demandés, nous serons dans l'impossibilité de procéder au traitement de votre demande.

Extraits du Règlement relatif à la délivrance et au renouvellement de certificat de représentant :

- *L'article 37 prévoit que si, pendant la durée de la période probatoire, survient un changement dont les circonstances affectent la véracité des renseignements et documents fournis,* ***le stagiaire*** *doit en aviser l'Autorité dans les cinq jours.*
- *L'article 50 prévoit que* ***le superviseur*** *doit informer l'Autorité, dans les cinq jours, de l'abandon ou de l'interruption de la période probatoire par le stagiaire.*

PARTIE 1 – IDENTIFICATION DU STAGIAIRE (en lettres majuscules)					
N° de client (10 chiffres)					
Mme ❑ M. ❑	Prénom(s)			Nom	
Date de naissance _____ / _____ / _____ (année / mois / jour)			Langue de correspondance : Français ❑ Anglais ❑		
ADRESSE DE RÉSIDENCE					
N° d'immeuble / Case postale		Rue		App.	
Municipalité		Province		Code postal	
Téléphone (domicile)		Téléphone (travail)		Poste	
Cellulaire		Courriel			

PARTIE 2 – CHOIX DE LA PÉRIODE PROBATOIRE À INTERROMPRE OU ANNULER					
INFORMATION DU SUPERVISEUR					
N° de client (10 chiffres)		Discipline/catégorie			
Mme ❑ M. ❑	Prénom(s)			Nom	

PARTIE 3 – MOTIFS DE L'INTERRUPTION OU DE L'ANNULATION

1. Quelle est la raison d'interruption ou d'annulation?

- ❑ Abandon de l'employeur *
- ❑ Départ professionnel*
- ❑ Congé de maladie*
- ❑ Vacances non déclarées*
- ❑ Période probatoire non débutée*
- ❑ Superviseur non en règle*
- ❑ Chèque NSF
- ❑ Congé parental
- ❑ Décès
- ❑ Autre*

* Veuillez fournir des explications additionnelles

_____

_____

_____

_____

_____

3. Date d'interruption ou d'annulation : _____ /_____ /_____
année mois jour

PARTIE 3 – DÉCLARATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS

Je déclare que les renseignements fournis sur la présente déclaration et le présent formulaire sont exacts et complets.

Prénom : _____ Nom : _____

_____ Date : _____ /_____ /_____

Signature année mois jour

Nous vous informons que le stagiaire peut consulter les renseignements personnels le concernant, en obtenir une copie ou demander qu'ils soient rectifiés s'ils sont inexacts, incomplets ou équivoques, ou si leur collecte, leur communication ou leur conservation ne sont pas autorisées par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ, c. A-2.1, et qu'il peut consulter notre site Web à l'adresse suivante : Accès à l'information / AMF (lautorite.qc.ca).

Nous vous informons également qu'au Québec, toute entreprise privée est assujettie aux obligations prévues à la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, RLRQ, c. P-39.1, dont l'application relève de la Commission d'accès à l'information. Nous vous référons au site Web de l'Autorité pour connaître les règles générales d'application de cette loi, à l'adresse suivante : Protection des données et des renseignements personnels | AMF (lautorite.qc.ca).

L'Autorité accepte les formulaires par **la poste** seulement.
Aucun formulaire envoyé à l'Autorité par courriel ou par télécopieur ne sera accepté.

Faites parvenir votre formulaire à l'adresse suivante :

Autorité des marchés financiers
Place de la Cité, tour Cominar
2640, boulevard Laurier, bureau 400
Québec (Québec) G1V 5C1