



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

AFFILIÉ À
Université 
de Montréal

DEMANDE DE DÉLÉGATION

Autorisation des Feuilles de Temps

Par la présente, vous déléguez à (nom, prénom) _____

la validation et l'autorisation des feuilles de temps des personnes suivantes :

- _____
- _____
- _____

Veuillez svp compléter les informations suivantes de la personne qui va autoriser:

Code d'utilisateur Windows	
Numéro d'employé	

Nom et Autorisation du Gestionnaire/Chercheur responsable :

Nom : _____

Date _____ Signature _____