# DÉCISION D’AFFECTATION (1) (2)

Je, soussigné(e), [PRÉNOM, NOM],

[TITRE/FONCTION], à/au [ORGANISATION],

déclare par le présent document, la (les) affectation(s) sur le projet [TITRE DU PROJET] avec le code de projet [XXX-XXX-XXX]:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom du membre du personnel | [PRÉNOM, NOM] | | |
| Fonction | [FONCTION] | | |
| Description des tâches à effectuer sur le projet | [AJOUTER TEXTE] | | |
| Pourcentage (%) d’affection sur le projet | [X] % | | |
| De la période du: | [DD/MM/YYYY] | Jusqu’au | [DD/MM/YYYY] |

*(1) Une décision d'affectation doit être établie, signée et datée pour chaque membre du personnel affecté au projet au début de son emploi sur le projet.*

*(2) S’il y a plusieurs membres du personnel, veuillez copier le tableau plusieurs fois dans ce document.*

Fait à [LIEU], le [DD/MM/YYYY],

**SIGNATURE**