

Centre de santé et de services sociaux
de Québec-Nord

DEMANDE D'HORAIRE DE 4 JOURS POUR LE PERSONNEL DES CATÉGORIES 1, 2 ET 3

IDENTIFICATION

N° d'employé(e) : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Titre d'emploi : _____ Site : _____

NATURE DE L'AMÉNAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL

Horaires de quatre (4) jours (4/8/32) (un contrat devra être signé avec l'Équipe de la rémunération et des avantages sociaux)

Journée hebdomadaire de congé : _____

Congés fériés conservés (minimum de 2 et maximum de 4) :

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Confédération | <input type="checkbox"/> Fête du travail | <input type="checkbox"/> Action de grâce | <input type="checkbox"/> Veille de Noël |
| <input type="checkbox"/> Noël | <input type="checkbox"/> Lendemain de Noël | <input type="checkbox"/> Veille du jour de l'An | <input type="checkbox"/> Jour de l'An |
| <input type="checkbox"/> Lendemain du jour de l'An | <input type="checkbox"/> Vendredi Saint | <input type="checkbox"/> Lundi de Pâques | |
| <input type="checkbox"/> Journée des Patriotes | <input checked="" type="checkbox"/> Saint-Jean-Baptiste (obligatoire) | | |

Du : _____
année mois jour

Au : _____
année mois jour

Inclusivement
(semaine du dimanche au samedi)

Signature de l'employé(e) _____ Date : _____

Réponse du supérieur immédiat : Acceptée Refusée

Nom du supérieur immédiat en lettres moulées : _____

Signature du supérieur immédiat _____ Date : _____

Révisé le 30 septembre 2015

Veuillez retourner le formulaire complété à l'adresse ci-dessous, à l'attention de l'Équipe rémunération et avantages sociaux, soit par courriel : 03_CSSSQN_remuneration-avantages-sociaux@ssss.gouv.qc.ca
par télécopieur au 418 661-2689 ou par courrier interne.