



## RÉCLAMATION

### Personne salariée qui effectue la réclamation

Personne salariée : \_\_\_\_\_

N° d'employé(e) : \_\_\_\_\_

### Détails de la réclamation

Date du remplacement : \_\_\_\_\_

Titre d'emploi réclamé : \_\_\_\_\_

Quart de travail : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures : \_\_\_\_\_

Service (centre d'activités) : \_\_\_\_\_

Numéro de poste ou de surcroît : \_\_\_\_\_

Remplacement effectué par : \_\_\_\_\_

Personne salariée absente : \_\_\_\_\_

### Réclamation

### Signature

\_\_\_\_\_  
Personne salariée

\_\_\_\_\_  
Date

Veuillez retourner votre formulaire à: [reclamations.drhc.ciusscncn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:reclamations.drhc.ciusscncn@ssss.gouv.qc.ca)  
ou par télécopieur au 418-663-7128