



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
ou par télécopieur au 418-663-7128