

DEMANDE DE CHANGEMENT DE STATUT CATÉGORIE 1, 2, 3 ET 4

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ

NOM :	PRÉNOM :
MATRICULE :	
ÉTABLISSEMENT : Choisissez un élément.	DIRECTION : Choisissez un élément

IDENTIFICATION DU REMPLACEMENT – JE DEMANDE MON STATUT DE TEMPS COMPLET POUR LE :

TITRE D'EMPLOI :	
EN REMPLACEMENT DE :	
NUMÉRO DU POSTE :	
LIEU DU REMPLACEMENT :	
SIGNATURE :	DATE DE LA DEMANDE : Entrez une date.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

*****À MOINS D'UNE DISPOSITION DIFFÉRENTE DE LA CONVENTION*****

LA PERSONNE SALARIÉE DOIT POUR OBTENIR LE STATUT DE TEMPS COMPLET TEMPORAIRE ÊTRE AFFECTÉE À UN REMPLACEMENT :

- À TEMPS COMPLET
- DURÉE PRÉVUE DE (6) MOIS ET PLUS

SECTION RÉSERVÉE AU SERVICE DES ACTIVITÉS DE REMPLACEMENT

PAR LA PRÉSENTE, JE	_____	CONFIRME QUE L'EMPLOYÉ EST OU SERA AFFECTÉ SUR UNE ASSIGNATION À	
TEMPS COMPLET	INITIALES	D'UNE DURÉE PRÉVUE DE 6 MOIS ET +.	
DATE DE DÉBUT : Entrez une date.		DATE DE FIN PRÉVUE: Entrez une date.	

SERVICE DES ACTIVITÉS DE REMPLACEMENT

DATE

VEUILLEZ RETOURNER VOTRE FORMULAIRE À : activitesremplacementdrhc.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

OU PAR TÉLÉCOPIEUR AU : 418 663-7128