

Avis de modification à l'horaire de travail et/ou au report de vacances

Nom, Prénom : _____ Numéro d'employé : _____

☐ CH (HMR, HSCO, IUSMM)

☐ CHSLD

☐ CLSC

☐ Ressources techniques et de soutien

DEMAN DE DE CONGÉ COURT TERME (PRÉCISEZ)

Type de congé	Date(s) demandée(s)
Gestionnaire	☐ À remplacer ☐ Ne pas remplacer

DEMANDE D'ÉCHANGE DE QUART DE TRAVAIL

		D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
Inscrire la date :															
Nom :	Actuel														
Matricule :	Changé														
Nom :	Actuel														
Matricule :	Changé														
Gestionnaire		☐ Accepté ☐ Refusé													

Signature des employés impliqués : _____ Date : ____/____/____

_____ Date : ____/____/____

Signature du gestionnaire : _____ Date : ____/____/____

Les modifications font l'objet d'une entente avec le chef de service ou son remplaçant. Le formulaire doit parvenir à la PHAR courriel, dont les adresses sont indiquées ci-dessous, **au moins 48 heures à l'avance**.

PHAR.CHSLD.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

PHAR.CH.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

PHAR.CLSC.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

PHAR.ressources.techniques.soutien.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

Mise à jour : Juillet 2026

