

Demande de quitter une affectation

Nom, Prénom : _____ Numéro d'employé : _____

Titre d'emploi : _____ Date de début de l'affectation : ____/____/____

Numéro du poste : _____ Quart ☐ J ☐ S ☐ N Nb de jour par 2 semaine : _____

Signature de l'employé : _____ Date : ____/____/____

SECTION RÉSERVÉE AU SERVICE DE PLANIFICATION DES HORAIRES ET DES ACTIVITÉS DE REMPLACEMENTS

☐ FIQ (article 6.12)

Plus de 9 mois sur affectation à temps partiel d'une durée indéterminée: ☐ Oui ☐ Non

Date de fin de l'affectation (30 jours minimum) : ____/____/____

☐ CSN Catégorie 2-3 (article 206.12 et 306.112)

Plus de 6 mois sur affectation à temps partiel d'une durée indéterminée: ☐ Oui ☐ Non

Date de fin de l'affectation (30 jours minimum) : ____/____/____

☐ SCFP Catégorie 4 (article 6.11)

Plus de 6 mois sur affectation de plus de 28 jours (long terme): ☐ Oui ☐ Non

Date de fin de l'affectation (30 jours minimum) : ____/____/____

☐ **Accepté**

☐ **Refusé**

Commentaires : _____

Signature du responsable

____/____/____
Date

Le formulaire doit être envoyé à la PHAR courriel, dont les adresses sont indiquées ci-dessous :

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

