

## DISPONIBILITÉ PARTICULIÈRE

### Cocher la situation qui vous concerne

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Annexe 1 (FIQ)     | <input type="checkbox"/> Preuve fournie |
| <input type="checkbox"/> Autre employeur    | <input type="checkbox"/> Preuve fournie |
| <input type="checkbox"/> Démission de poste | <input type="checkbox"/> Preuve fournie |

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Titre d'emploi \_\_\_\_\_ Numéro d'employé \_\_\_\_\_

Téléphone principal : ( ) \_\_\_\_\_  Cellulaire  Résidentiel

Téléphone secondaire : ( ) \_\_\_\_\_  Cellulaire  Résidentiel

Courriel : \_\_\_\_\_

JE SUIS DISPONIBLE \_\_\_\_\_ (nombre) jours par quinzaine

JE SUIS DISPONIBLE  1 FIN DE SEMAINE SUR 2  TOUTES LES FINS DE SEMAINE

DISPONIBILITÉS À COMPTER DU : \_\_\_\_\_ AU \_\_\_\_\_

|      | Semaine 1 |     |     |     |     |     |     | Semaine 2 |     |     |     |     |     |     |
|------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|      | Dim       | Lun | Mar | Mer | Jeu | Ven | Sam | Dim       | Lun | Mar | Mer | Jeu | Ven | Sam |
| Nuit |           |     |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |     |
| Jour |           |     |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |     |
| Soir |           |     |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |     |
|      | Semaine 3 |     |     |     |     |     |     | Semaine 4 |     |     |     |     |     |     |
|      | Dim       | Lun | Mar | Mer | Jeu | Ven | Sam | Dim       | Lun | Mar | Mer | Jeu | Ven | Sam |
| Nuit |           |     |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |     |
| Jour |           |     |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |     |
| Soir |           |     |     |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |     |

### Assurance collective:

Il est à noter que l'adhésion à l'assurance collective est obligatoire à moins de présenter une demande d'exemption conforme avec pièces justificatives éligibles. Pour l'employé qui n'est pas exempté du régime de base (médicaments), la participation à ce régime demeure obligatoire même pendant l'absence. L'employé doit s'assurer, durant sa période d'absence, d'acquitter le paiement de ses primes d'assurance collective en complétant le formulaire DPA (débit préautorisé) disponible via intranet / extranet, onglet Service administratifs et de soutien / Ressources financières et paie / Service de la paie / Documentation et formulaire et en l'acheminant à au service de la paie via l'adresse courriel indiquée sur le formulaire. Il est de la responsabilité de l'employé de s'assurer du suivi de son dossier auprès du Service des conditions d'exercice via [conditionsdexercice.cemtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:conditionsdexercice.cemtl@ssss.gouv.qc.ca).

Date : \_\_\_\_\_ Signature de l'employé (e) : \_\_\_\_\_

Veuillez envoyer le formulaire dûment complété à l'adresse courriel qui correspond à votre catégorie d'emploi, accompagné de votre preuve (sans celle-ci, votre demande ne pourra être traitée).

phar.categorie1.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

phar.categorie2.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

phar.categorie3.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

phar.categorie4.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

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

ACCEPTÉ  REFUSÉ  PREUVE REÇUE

Commentaires : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_