



DEMANDE DE QUITTER UNE AFFECTATION

Nom :	_____	Titre d'emploi :	_____				
# D'employé:	_____	Date du début de cette affectation :	___/___/___				
# Du poste :	_____	Quart :	_____	Étage :	_____	Nb de jour par 2 semaines :	_____
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

Veuillez envoyer le formulaire dûment complété à l'adresse courriel qui correspond à votre catégorie d'emploi :

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