

DEMANDE D'ACCOMMODEMENT POUR LE STATIONNEMENT AU CEMTL

Identification obligatoire de l'employé(e)

Nom et prénom : _____ Numéro d'employé (e) : _____

Numéro de téléphone : _____ Adresse courriel : _____

1. Quelle est la raison de la demande de stationnement ou du rapprochement?

Réaffectation demandée par l'employeur Restriction médicale

2. Est-ce que vous payez actuellement une vignette de stationnement?

Non ⇒ Indiquez le centre de coût du service imputé : _____

Oui ⇒ Indiquez le lieu actuel (installation et précision du stationnement) : _____

3. Indiquez le lieu de stationnement souhaité (installation et précision du stationnement) :

4. Indiquez la durée : Date de début et fin : _____

5. Précisez votre horaire de travail (jour et quart de travail): _____

Signature de l'employé (e): _____

Date: _____

Transmettre ce formulaire à : administration.sante.au.travail.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

Évaluation par le service de l'administration de la santé au travail ou le service de la gestion de la présence au travail

Approuvé : Oui Non

Signature du responsable : _____

Date: _____

Décision par le responsable du stationnement

6. Lieu du stationnement octroyé : _____

7. Date du début : _____

Signature du responsable : _____ Date: _____

Transmettre ce formulaire au : administration.sante.au.travail.cemtl@ssss.gouv.qc.ca