

Rehaussement du nombre de jours au poste des salariées des regroupements de titres d'emploi d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et d'inhalothérapeutes

Formulaire à compléter par la salariée(e)

Identification de la salariée (e)			
Nom :		Matricule :	
Prénom :		Titre d'emploi :	

Identification du poste à rehausser			
N° de poste :		Nombre de jours/2 sem. :	
Centre d'activités RH : (nom et n°)		Quart de travail :	

J'accepte et j'autorise l'employeur à rehausser mon poste à temps partiel. Celui-ci comprendra au total le nombre de jours suivants (cocher 1 seul choix) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 5 jours par quinzaine | <input type="checkbox"/> 8 jours par quinzaine |
| <input type="checkbox"/> 6 jours par quinzaine | <input type="checkbox"/> 9 jours par quinzaine |
| <input type="checkbox"/> 7 jours par quinzaine | <input type="checkbox"/> 10 jours par quinzaine** |

** le statut de *mon poste* deviendra à temps complet

Je comprends que ma décision est irrévocable à partir du moment où je transmets le formulaire. Aucune lettre de confirmation de rehaussement ne sera envoyée suite à cette autorisation de l'employeur.

Signature de l'employé(e) : _____ Date : _____

INFORMATIONS ADDITIONNELLES

Le formulaire doit être transmis à la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques par courriel à l'adresse suivante : DRHCAJ@ssss.gouv.qc.ca

Les journées de travail par période de deux (2) semaines et/ou le statut rattaché au poste seront modifiés et effectifs au début de la période de paie suivant la transmission de la demande à la DRHCAJ, et ce à la condition que vous transmettiez cette demande au moins sept (7) jours avant le début de ladite période de paie. À défaut de quoi, votre horaire de travail sera modifié au début de la deuxième (2e) période de paie suivant la transmission de la demande.