

# FORMULAIRE

## DEMANDE D'AMÉNAGEMENT DE TEMPS DE TRAVAIL

### CSN

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SALARIÉE			
Prénom :		Matricule :	
Nom :		Quart de travail :	Jour      Soir      Nuit
Titre d'emploi :		Direction :	
Unité administrative :		Site :	CHUL      HDQ      HEJ HSFA      HSS      Centre administratif

APPROBATION DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT	
Accepté :	Refusé :
Refusé pour les motifs suivants :	

SIGNATURES OBLIGATOIRES	
Lettres moulées – Employé(e)	Lettres moulées – Supérieur immédiat
Signature – Employé(e)	Signature – Supérieur immédiat

SECTION RÉSERVÉE AU CENTRE DE SERVICES EN RESSOURCES HUMAINES - DRHCAJ	
Entente obligatoire et signée par un représentant du service des relations de travail	Reçue au CSRH le : _____
Traité par : _____	Date : _____