

# FORMULAIRE

## DEMANDE D'AMÉNAGEMENT DE TEMPS DE TRAVAIL

### SCFP

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SALARIÉE			
Prénom :	<input type="text"/>	Matricule :	<input type="text"/>
Nom :	<input type="text"/>	Quart de travail :	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit
Titre d'emploi :	<input type="text"/>	Direction :	<input type="text"/>
Unité administrative :	<input type="text"/>	Site :	<input type="checkbox"/> CHUL <input type="checkbox"/> HDQ <input type="checkbox"/> HEJ <input type="checkbox"/> HSFA <input type="checkbox"/> HSS <input type="checkbox"/> Centre administratif

APPROBATION DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT	
Accepté :	Refusé :
Refusé pour les motifs suivants :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

SIGNATURES OBLIGATOIRES	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lettres moulées – Employé(e)	Lettres moulées – Supérieur immédiat
<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 : <input type="text"/>
Traité par : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/>