

FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR LE TEMPS SUPPLÉMENTAIRE

IDENTIFICATION

Nom et prénom : _____					Matricule : _____
Choix d'hôpital ou de site : CHUL HDQ HSFA HEJ HSS Centre administratif du CHU de Québec					Téléphone : _____
					Cellulaire : _____
					Texte : _____

JE DÉSIRE M'INSCRIRE ET JE SUIS PRÉQUALIFIÉ POUR LE OU LES TITRE(S) D'EMPLOI SUIVANT(S) :

Je suis disponible aux jours et quarts de travail suivants :

Période de paie	Semaine 1							Semaine 2						
	D	L	M	M	J (\$)	V	S	D	L	M	M	J	V	S
Nuit														
Jour														
Soir														

- Je suis disponible _____ jours de travail par semaine jusqu'à concurrence de _____ jours de travail par période de paie.
- Je suis disponible une (1) fin de semaine sur deux (2) peu importe laquelle
- Je suis disponible une (1) fin de semaine sur deux (2) fixe et je l'ai clairement précisé dans le tableau ci-haut

Date de demande d'entrée en vigueur de ces disponibilités : _____

ANNULATION DU CHOIX DES DISPONIBILITÉS (en cochant la case appropriée)

Je désire annuler les choix de mes disponibilités pour le temps supplémentaire.

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

INFORMATIONS ADDITIONNELLES ET COMMENTAIRES, S'IL Y A LIEU

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

SECTION RÉSERVÉE À L'EMPLOYEUR

Inscription	Modification	Date d'entrée en vigueur de ces disponibilités :
Si refusée, motif ou commentaire :		
Signature autorisée : _____		Date _____