

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR LE TEMPS SUPPLÉMENTAIRE

IDENTIFICATION	
Nom et prénom : _____	Matricule : _____
Choix d'hôpital ou de site :                      CHUL      HDQ      HSFA      HEJ      HSS	Téléphone : _____
Services financiers	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 : \_\_\_\_\_

INFORMATIONS ADDITIONNELLES ET COMMENTAIRES, S'IL Y A LIEU
<span>Date : _____</span> <span>Signature de l'employé(e) : _____</span>

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