|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DU (DE LA) SALARIÉ(E) QUI DÉPOSE UNE RÉCLAMATION** |
| **Nom, Prénom :** |  |
| **Matricule :** |  |
| **Courriel :** |  |
| **Téléphone :** |  |
| **Département :** |  |
| **Installation :** |  |
| **Titre d’emploi :** |  |
| **Statut d’emploi :** |  TCTemps Complet |  TPTemps partiel |  Occasionnel / liste de rappel |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS SUR LE QUART DE TRAVAIL RÉCLAMÉ** |
| **Date réclamée :** |  | **Quart :** |  Nuit |  Jour |  Soir |
| **Nombre d’heures :** |  | *heures* | **Taux :** |  Régulier |  TS |  Autre : |
| **Titre d’emploi :** |  |
| **Département :** |  |
| **Prime (s’il y a lieu) :** |  |
| **RENSEIGNEMENTS DE LA PERSONNE QUI A ÉTÉ REMPLACÉ** |
| **Nom, Prénom :** |  |
| **Matricule :** |  |
| **RENSEIGNEMENTS DE LA PERSONNE QUI A EFFECTUÉ LE QUART RÉCLAMÉ** |
| **Nom, Prénom :** |  |
| **Matricule :** |  |
| **JUSTIFICATION DE LA RÉCLAMATION** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **QUI VOUS APPELLE HABITUELLEMENT POUR DES QUARTS DE TRAVAIL ?** |
|  Votre gestionnaire (Si oui, inscrire son nom ci-dessous) |  La Gestion des effectifs(Liste de rappel) |
|  |
| **À JOINDRE LORSQUE VOUS RETOURNEZ LE FORMULAIRE A VOTRE SYNDICAT:**Imprime écran de l’horaire du département et de vos disponibilités  |