



FORMULAIRE DE DISPONIBILITÉ
TEMPS SUPPLÉMENTAIRE – CATÉGORIE 1
Ancienne composante CRDITED

1 Identification – Section à remplir par l'employé(e)

Nom et prénom : _____ Matricule : _____
Titre d'emploi : _____ N. de tél.1 _____
Étudiant : oui (preuve requise) ☐ non ☐ N. de tél.2 _____

2. Disponibilité – Titres d'emploi (Marquez d'un X):

☐ 1911 – Infirmier clinicien ☐ 2471 – Infirmier (36.25h) ☐ 3455 – Infirmier auxiliaire

3 Disponibilité – Points de service (Marquez d'un X) :

Programme Spécialisé TC/TGC – Continuum **

718033 – TC-TGC Continuum Montérégie Centre	☐	718038 – TC-TGC Continuum CIUSSS Estrie	☐
708035 – TC-TGC Continuum Montérégie Est	☐	694560 – Unité Régionale St-Charles	☐

4. Disponibilité court terme (ponctuelle) :

****Une évaluation linguistique pourrait être requise pour certains remplacements.**

	Semaine 1 (début de période de paie)							Semaine 2						
	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
Jour	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Soir	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nuit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Commentaire : _____

Signature de l'employé : _____ Date : _____

6. Espace réservé à la Gestion des activités de remplacement

Reçu le : _____ Par : _____

NOTE : Il est de la responsabilité de l'employé de s'assurer que son formulaire de disponibilité a bien été reçu à la GAR

TÉLÉPHONE : (877) 427-0478

TÉLÉCOPIEUR : (450) 928-3357

ADRESSE COURRIEL : 16_cisssmo_listerappelreadaptation@ssss.gouv.qc.ca

Formulaire de disponibilité
Temps supplémentaire - Catégorie 1
Ancienne composante CRDITED