

FORMULAIRE DE DISPONIBILITÉ

TEMPS SUPPLÉMENTAIRE - CATÉGORIE 2

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):

Assistant en réadaptation (3463) ☐

Auxiliaire (3465) ☐

Auxiliaire SSS de nuit (3578/3588) ☐

Ouvrier entretien général (6388) ☐

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

Programme Spécialisé TC/TGC Service Résidentiel **	
704143 - Résidence Lansdowne (Granby – CSN)	☐
704152 - Résidence Des Cèdres (Brigham – CSN)	☐
704154 - Résidence Trépanier (Granby – CSN)	☐
704155 - Résidence Robert (Granby – CSN)	☐
704157 - Résidence Ste-Foy (Longueuil – SCFP) (Auxiliaire de nuit seulement)	☐
704142 – Résidence Pacific (St-Hubert – SCFP)	☐
704144 – Résidence Nielsen (St-Hubert – SCFP)	☐
704153 - Résidence Dupré (Beloeil – SCFP)	☐
704156 - Maison Lily Butters (St-Hyacinthe – SCFP)	☐
694560 – Unité St-Charles (St-Hyacinthe – SCFP)	☐

Programme Spécialisé Intégration au travail (Support Plateaux)**	
702515 – Secteur, Brossard, St-Hubert et Longueuil (SCFP)	☐
702525 – Secteur Boucherville, Beloeil et Sorel (SCFP)	☐
702528 – Secteur Granby et Pommeraie (CSN)	☐

Programme Spécialisé Intégration communautaire **	
700114 – Centre d’activités Complexe St-Hubert (SCFP)	☐
700124 – Centre d’activités Complexe Brossard (SCFP)	☐
700105 – Centre d’activités Complexe St-Hyacinthe (SCFP)	☐
700115 – Centre d’activités Complexe Sorel (SCFP)	☐
700125 – Centre d’activités St-Charles Beloeil (SCFP)	☐
700135 – Centre d’activités Complexe Boucherville (SCFP)	☐
700108 – Centre d’activités Complexe Granby (CSN)	☐
700138 – Centre d’activités Georges F. Slack, Farnham (CSN)	☐
700148 – Centre d’activités Des textiles Cowansville (CSN)	☐

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

4. Disponibilité temps supplémentaire :

	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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Commentaires : _____

Signature de l’employé(e) : _____

Date : AAAA-MM-JJ _____

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 liste de rappel

TÉLÉPHONE : (877) 427-0478

TÉLÉCOPIEUR : (450) 928-3357

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

Formulaire de disponibilité

Temps supplémentaire - Catégorie 2

Ancienne composante CRDITED