



1. Informations sur la personne salariée

Nom : _____ Prénom : _____
Matricule : _____
Titre d'emploi : _____
Centre d'activités: _____ Port d'attache : _____
Statut : _____
Adresse courriel : _____

2. Date de début de l'entente

Date de début de l'entente (doit débuter un dimanche de paie) : _____

3. Détails sur les aménagements de temps de travail (ATT)

Les personnes salariées qui désirent, sur une base volontaire, se prévaloir d'un des trois aménagements d'horaires de travail peuvent choisir parmi les possibilités suivantes : horaire à temps complet 9/10 sur le quart de soir, horaire à temps complet 8/10 sur le quart de nuit ou horaire 12 heures (poste ou ATT) sur le quart de nuit, 6 x 12 heures. Un seul choix peut être fait à la fois.

Les personnes salariées ayant un poste sur un quart de rotation qui désirent se prévaloir d'un aménagement d'horaire de travail devront volontairement se stabiliser sur le quart de soir ou de nuit pour une période de douze (12) mois. Durant toute l'entente, les personnes salariées ne pourront pas être déplacées sur un autre quart de travail.

Les personnes salariées titulaires de postes à temps partiel qui désirent se prévaloir de d'un aménagement d'horaire de travail pourront, de façon volontaire, rehausser leur poste à temps complet.

Pour ce faire, vous devez compléter ce formulaire en cochant l'aménagement d'horaire de travail désiré et le remettre à votre supérieur immédiat. Les personnes salariées qui désirent se prévaloir d'un aménagement d'horaire de travail doivent s'engager pour toute la durée de cet aménagement d'horaire de travail. Le formulaire doit être transmis au service de la rémunération et des avantages sociaux, au moins 30 jours avant le début de l'entente, à l'adresse courriel suivante : remuneration.as.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca.

****Afin d'éviter des délais de traitement, assurez-vous de bien compléter le formulaire et de nous le retourner signé par les deux parties.**

4.A Poste à temps complet sur le quart de soir (Horaire 9/10)

Ce type d'aménagement d'horaire de travail s'applique dans les centres d'activités qui dispensent des services sur le quart de soir (15h30 - 23 h30, 15h45 - 00h00). Il est offert aux personnes salariées, sur une base volontaire, qui sont titulaires d'un poste à temps complet sur le quart de soir ou avec quart de rotation qui désirent être stabilisées sur le quart de soir pour une période de 12 mois. **Durant toute l'entente, les personnes salariées ne pourront pas être déplacées sur un autre quart de travail.**

Modalités :

Afin de permettre à la personne salariée de travailler neuf (9) jours par deux (2) semaines, la dixième journée sera autofinancée par la conversion de la prime de soir en temps chômé, par l'utilisation de neuf (9) jours fériés et de trois (3) jours de maladie.

Fériés obligatoires à conserver : ****Veuillez faire un choix entre le F5 et le F7 ****

- ☐ F5 : Noël **ou**
- ☐ F7 : Jour de l'An

F13: Fête nationale du Québec

Choix désiré (2 fériés) : ****Veuillez cocher les 2 congés fériés maintenus**

- ☐ F1 : Fête du Canada
- ☐ F2 : Fête du Travail
- ☐ F3 : Action de Grâce
- ☐ F4 : Mobile 1
- ☐ F5 : Noël ****Attention que ce férié ne fasse pas parti de votre choix dans les fériés obligatoires.**
- ☐ F6 : Lendemain de Noël
- ☐ F7 : Jour de l'An ****Attention que ce férié ne fasse pas parti de votre choix dans les fériés obligatoires.**
- ☐ F8 : Lendemain du jour de l'An
- ☐ F9 : Mobile 2
- ☐ F10 : Vendredi Saint
- ☐ F11 : Lundi de Pâques
- ☐ F12 : Journée nationale des Patriotes

- ☐ **Je confirme avoir lu les modalités.**
 - ☐ **Je désire adhérer à l'horaire 9/10.**
 - ☐ **Je m'engage à travailler pendant une période de 12 mois sur le quart de soir.**

5.A Section réservée à la rémunération - Dates de l'entente

Date de début de l'entente _____

Date de fin de l'entente _____

6.A Signature de la personne salariée

Nom (en lettre moulées) : _____

Signature : _____ Date : _____

7.A Signature du gestionnaire

Nom (en lettre moulées) : _____

Signature : _____ Date : _____

4.B Poste à temps complet sur le quart de nuit (Horaire 8/10)

Ce type d'horaire s'applique dans les centres d'activités qui dispensent des services sur le quart de nuit. Il est offert aux personnes salariées, sur une base volontaire, qui sont titulaires d'un poste à temps complet sur le quart de nuit ou avec un quart de rotation qui désirent être stabilisées sur le quart de nuit pendant une période de douze (12) mois. Durant toute l'entente, les personnes salariées ne pourront pas être déplacées sur un autre quart de travail.

Modalités:

- ☐ **Choix #1** – Afin de permettre à la personne salariée de travailler huit (8) jours par deux (2) semaines, la neuvième et la dixième journée seront autofinancées par la conversion de la prime de nuit en temps chômé, par l'utilisation de (9) jours fériés et de quatre (4) jours de maladie, et ce pour une période de vingt-six (26) semaines.
- ☐ **Choix #2** – Pour prolonger cette période à trente-six (36) semaines, la personne salariée doit convertir cinq (5) jours de congés annuels.
- ☐ **Choix #3** – Pour bénéficier de cet aménagement au-delà de trente-six (36) semaines, la personne salariée doit également convertir la totalité de sa prime de nuit.

Fériés obligatoires à conserver : ***Veuillez faire un choix entre le F5 et le F7***

- ☐ F5 : Noël **ou**
- ☐ F7 : Jour de l'An

F13: Fête nationale du Québec

Choix désiré (2 fériés) : ***Veuillez cocher les 2 congés fériés maintenus***

- ☐ F1 : Fête du Canada
- ☐ F2 : Fête du Travail
- ☐ F3 : Action de Grâce
- ☐ F4 : Mobile 1
- ☐ F5 : Noël ***Attention que ce férié ne fasse pas parti de votre choix dans les fériés obligatoires.*
- ☐ F6 : Lendemain de Noël
- ☐ F7 : Jour de l'An ***Attention que ce férié ne fasse pas parti de votre choix dans les fériés obligatoires.*
- ☐ F8 : Lendemain du jour de l'An
- ☐ F9 : Mobile 2
- ☐ F10 : Vendredi Saint
- ☐ F11 : Lundi de Pâques
- ☐ F12 : Journée nationale des Patriotes

- ☐ **Je confirme avoir lu les modalités.**
 - ☐ **Je désire adhérer à l'horaire 8/10.**
 - ☐ **Je m'engage à travailler pendant une période de 12 mois sur le quart de nuit.**

5.B Section réservée à la rémunération - Dates de l'entente

Date de début de l'entente _____

Date de fin de l'entente _____

6.B Signature de la personne salariée

Nom (en lettre moulées) : _____

Signature : _____ Date : _____

7.B Signature du gestionnaire

Nom (en lettre moulées) : _____

Signature : _____ Date : _____

4.C Poste à temps complet douze (12) heures ou ATT Horaire 12 heures

Ce type d'horaire s'applique aux personnes salariées, sur une base volontaire, qui sont titulaires d'un poste douze (12) heures à temps complet sur le quart de nuit ou à ceux qui ont un aménagement d'horaire de travail douze (12) heures sur le quart de nuit pour une période de 12 mois.

Modalités :

Afin de permettre aux personnes salariées de travailler six (6) quarts de travail de douze (12) heures par deux (2) semaines, la septième journée (7,5 heures) sera autofinancée par la conversion de la prime de nuit en temps chômé. **Durant toute l'entente, les personnes salariées ne pourront pas être déplacées sur un autre quart de travail.**

- ☐ Je confirme avoir lu les modalités.
- ☐ Je désire adhérer à l'horaire 12 heures sur le quart de nuit.
- ☐ Je m'engage à travailler pendant une période de 12 mois sur le quart de nuit.

5.C Section réservée à la rémunération - Dates de l'entente

Date de début de l'entente _____

Date de fin de l'entente _____

6.C Signature de la personne salariée

Nom (en lettre moulées) : _____

Signature : _____ Date : _____

7.C Signature du gestionnaire

Nom (en lettre moulées) : _____

Signature : _____ Date : _____