

**1. Informations sur la personne salariée**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Matricule : \_\_\_\_\_

Titre d'emploi : \_\_\_\_\_

Statut : \_\_\_\_\_

**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 quatre aménagements d'horaires de travail peuvent choisir parmi les possibilités suivantes :

- A. Horaire à temps complet 9/10 sur le quart de soir
- B. Horaire à temps complet 8/10 sur le quart de nuit
- C. Horaire 12 heures (poste ou ATT) sur le quart de nuit, 6 x 12 heures
- D. Horaire comprimé de fin de semaine avec prime bonifiée dans secteur 24/7, 5 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 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.**

**A.1 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 (15h30-23h30, 15h45-0h00). 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 9 jours par 2 semaines, la dixième journée sera autofinancée par la conversion de la prime de soir en temps chômé, par l'utilisation de 9 jours fériés et de 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 (obligatoire)

**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 à ce que ce férié ne fasse pas partie de votre choix de férié obligatoire*
- ☐ F6 : Lendemain de Noël
- ☐ F7 : Jour de l'An *\*\*Attention à ce que ce férié ne fasse pas partie de votre choix de férié obligatoire*
- ☐ F8 : Lendemain du jour de l'An
- ☐ F9 : Mobile 2
- ☐ F10 : Vendredi Saint
- ☐ F11 : Lundi de Pâques
- ☐ F12 : Journée nationale des Patriotes

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

**A.2 Section réservée à la rémunération - Dates de l'entente**

Date de début de l'entente \_\_\_\_\_

Date de fin de l'entente \_\_\_\_\_

**A.3 Signature de la personne salariée**

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**A.4 Signature du gestionnaire**

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**B.1 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 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 8 jours par 2 semaines, la 9e et 10e journée seront autofinancées par la conversion de la prime de nuit en temps chômé, par l'utilisation de 9 jours fériés et 4 jours de maladie, pour une période de 26 semaines.
- ☐ **Choix #2** – Pour prolonger cette période à 36 semaines, la personne salariée doit convertir 5 jours de congés annuels.
- ☐ **Choix #3** – Pour bénéficier de cet aménagement au-delà de 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 (obligatoire)

**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 à ce que ce férié ne fasse pas partie de votre choix de férié obligatoire*
- ☐ F6 : Lendemain de Noël
- ☐ F7 : Jour de l'An *\*\*Attention à ce que ce férié ne fasse pas partie de votre choix de férié obligatoire*
- ☐ F8 : Lendemain du jour de l'An
- ☐ F9 : Mobile 2
- ☐ F10 : Vendredi Saint
- ☐ F11 : Lundi de Pâques
- ☐ F12 : Journée nationale des Patriotes

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

**B.2 Section réservée à la rémunération - Dates de l'entente**

Date de début de l'entente \_\_\_\_\_

Date de fin de l'entente \_\_\_\_\_

**B.3 Signature de la personne salariée**

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**B.4 Signature du gestionnaire**

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**C.1 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 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 et je confirme avoir lu les modalités.

**C.2 Section réservée à la rémunération - Dates de l'entente**

Date de début de l'entente \_\_\_\_\_

Date de fin de l'entente \_\_\_\_\_

**C.3 Signature de la personne salariée**

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**C.4 Signature du gestionnaire**

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**D.1 Horaire comprimé de fin de semaine avec prime bonifiée (LE 30)**

L'horaire comprimé de fin de semaine est accordé après entente avec l'employeur et selon les besoins du service. L'aménagement comprend 5 quarts de travail de 11h15 (12h15 incluant le repas) effectués entre le début du quart de soir du vendredi et la fin du quart de nuit du lundi. La rotation des quarts s'effectue sur une période de 14 jours. La personne salariée peut, après entente avec l'employeur, être stabilisée sur le quart de nuit et demeure donc admissible à la prime.

**Conditions d'admissibilité :** Pour être admissible, la personne salariée doit :

- Travailler dans un centre d'activités où les services sont dispensés 24h par jour, 7 jours par semaine (24/7).
- Détenir une assignation comportant un minimum de 60h par période de 14 jours.

**Durée :** Cet aménagement peut être d'une durée variable, mais d'un minimum de 6 mois et est renouvelable.

**Prime accordée :** Les personnes salariées participantes reçoivent une **prime bonifiée de 16 %** du salaire horaire applicable pour les quarts travaillés admissibles de fin de semaine. Cette prime est cumulable avec les autres primes prévues à la convention collective.

Maintien du statut temps complet : Afin de maintenir un statut à temps complet, je souhaite :

- ☐ Choix 1 : Effectuer des quarts de travail à taux régulier au lieu d'utiliser la conversion; ou
- ☐ Choix 2 : Utiliser :
  - 10 jours de congés annuels ;
  - 12 jours de congés fériés ;
  - 3 jours de congés de maladie pour motifs personnels. \*

Après l'utilisation de ces congés, je souhaite :

- ☐ Compléter l'horaire par la conversion d'une partie des primes de soir, nuit ou fin de semaine
- ☐ Convertir une partie de la prime de l'horaire comprimé de fin de semaine de 16 %
- ☐ Effectuer des quarts de travail à taux régulier au lieu d'utiliser la conversion.

\* le nombre de congés à utiliser est calculé sur une base annuelle et ajusté au prorata selon la durée de l'aménagement du temps de travail. Par exemple, la personne salariée qui choisit un aménagement de 6 mois pourra utiliser 5 jours de congés annuels, 6 jours de congés fériés et 1,5 jour de congés de maladie MMP.

- ☐ Je désire adhérer à l'horaire comprimé de fin de semaine avec prime bonifiée et je confirme avoir lu les modalités.

**D.2 Section réservée à la rémunération - Dates de l'entente**

Date de début de l'entente \_\_\_\_\_

Date de fin de l'entente \_\_\_\_\_

**D.3 Signature de la personne salariée**

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**D.4 Signature du gestionnaire**

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_