

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) ☐

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 7 ans + ** (Auxiliaire)

805103 - CISSSME

805108 – CIUSSS Estrie

Programme Spécialisé
Intégration au travail (Support Plateaux)**

702515 – Secteur Brossard, St-Hubert et Longueuil (SCFP)

702525 – Secteur Boucherville, Beloeil, Sorel et St-Hyacinthe (SCFP)

702528 – Secteur Granby et Pommerai

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)

Veuillez prendre note que la personne salariée inscrite sur la liste de rappel ne peut se déclarer indisponible, sauf pour les motifs d'absence prévus aux dispositions nationales et locales de la convention collectives

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

4. Disponibilité court terme (ponctuelle) :

Nombre de jours / semaine : _____ Temps complet ☐ Max. 3 jours / semaine ☐ Max. 4 jours / semaine ☐

Fin de semaine de disponibilité : _____ 1/2 ☐ 2/2 ☐ Fixes ☐

Quarts complets : ☐ Quarts incomplets : _____ minimum 3h ☐ minimum 5h ☐

Semaine 1 (début de période de paie)

Dim Lun Mar Mer Jeu Ven Sam

Jour

Soir

Nuit

Semaine 2

Dim Lun Mar Mer Jeu Ven Sam

Jour

Soir

Nuit

DISPONIBILITÉ MINIMALE EN TOUT TEMPS :
- 2 Choix de résidences obligatoire
- 3 jours / semaine, dont une fin de semaine sur deux

DISPONIBILITÉ MINIMALE PENDANT LES MOIS DE JUIN, JUILLET, AOÛT ET DU 15 DÉCEMBRE AU 15 JANVIER :
- 2 Choix de résidences obligatoire
- 4 jours / semaine, dont une fin de semaine sur deux

5. Disponibilité long terme :

➤ Désirez-vous que l'on communique avec vous pour une affectation temporaire long terme? Oui ☐ Non ☐

➤ Acceptez-vous de travailler deux fins de semaine consécutives pour obtenir cette affectation? Oui ☐ Non ☐

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 liste de rappel

TÉLÉPHONE : (877) 427-0478

TÉLÉCOPIEUR : (450) 928-3357

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

Formulaire de disponibilité – Catégorie 2
Ancienne composante CRDITED

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest

Page 1 de 1