

FORMULAIRE DE DISPONIBILITÉ DU TEMPS SUPPLÉMENTAIRE
Pour tous les employés couverts par les conventions collectives FIQ & CSN

Nom de l'employé(e) : _____

Matricule de l'employé(e) : _____

Titre(s) d'emploi : _____

N° de téléphone : 1- _____

2- _____

Centres d'activités : Veuillez inscrire les sites et les centres d'activités où vous êtes disponibles pour travailler **et/ou** cochez les cases correspondantes désirées

- ☐ ambulance stat. ☐ ambulance pédiatrie ☐ ambulance SI ☐ ambulance CME ☐ ambulance urgence
☐ surveillance psychiatrique ☐ surveillance médicale ☐ escorte

	Semaine 1							Semaine 2							Semaine 3							Semaine 4						
Jours	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
Quart de nuit																												
Quart de jour																												
Quart de soir																												

Signature de l'employé(e)

Date

Signature du représentant de la liste de rappel

Date de réception

Renseignements :

1. Ce formulaire entre en vigueur uniquement lors du début de l'affichage de l'horaire de travail.
2. Une disponibilité ou une modification de disponibilité pour le temps supplémentaire doit être exprimée au moyen de ce formulaire et est valable pour une période minimale d'un (1) mois.
3. Un délai maximal de sept (7) jours est applicable avant l'entrée en vigueur de la disponibilité afin de permettre la saisie de l'information au système informatique.
4. À moins d'une modification écrite par l'employé(e), un formulaire dûment signé par l'employé (e) demeure en vigueur de façon continue au système informatique.
5. Sauf exception prévue à la convention collective, le temps supplémentaire est attribué à tour de rôle parmi les employés(es) inscrits(es) à la liste de temps supplémentaire et ils doivent satisfaire aux exigences normales de la tâche.
6. Pour plus de détails concernant les règles applicables, veuillez consulter la procédure du temps supplémentaire disponible au service de remplacement.