

Le présent formulaire est valide pour la durée de l’absence à la condition que l’absence couvre la totalité de la période d’affichage. L’inscription est valide à compter de la date de réception du formulaire signé à la DRHCAJ.

Il est de votre responsabilité de vous assurer d’être joignable selon le moyen indiqué, afin que nous puissions vous communiquer la liste des postes visés et que vous puissiez ensuite nous transmettre votre ordre de préférence. Advenant une impossibilité de demeurer joignable pendant votre absence, vous pouvez déléguer une personne dûment mandatée pour se faire par l'entremise d'une procuration. Votre ordre de préférence doit nous avoir été transmis par vous ou par la personne que vous avez mandatée avant l'échéance de l'affichage. À défaut, votre candidature ne pourra être considérée pour l'affichage concerné.

Affichages aussi disponibles en ligne : <https://guichet-paiemo.rtss.qc.ca/eEspresso>

IDENTIFICATION PERSONNELLE											
<i>*Veuillez identifier un numéro de téléphone et/ou une adresse courriel où il sera possible de vous joindre pendant votre absence afin que nous vous communiquions la liste des postes visés dès le début de l'affichage.</i>											
Nom :						Prénom :					
Matricule :						Titre d'emploi :					
Téléphone* :						Courriel* :					
Syndicat : ☐ FIQ (Cat. 1) ☐ SCFP (Cat.2) ☐ SCFP (Cat. 3) ☐ ATPS (Cat.4) ☐ CSN Estrie											
CHOIX DU NOMBRE DE QUART(S) DE TRAVAIL PAR PÉRIODE DE DEUX SEMAINES (veuillez cocher)											
Nombre de quarts de travail minimum souhaité / 2 semaines :		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CHOIX DU OU DES QUART(S) DE TRAVAIL (veuillez cocher)											
Quart(s) de travail :	Jour	Soir	Nuit	Jour/Soir	Jour/Nuit	Autre					
VEUILLEZ CONSULTER L'ANNEXE ET INDIQUER VOS CHOIX DE <u>CENTRE(S) D'ACTIVITÉ(S)/SERVICE(S)</u>											
À défaut de cibler des centres d'activités/services, tous ceux compris dans vos choix de ports d'attache seront considérés (au besoin, espace supplémentaire disponible au verso)											
VEUILLEZ CONSULTER L'ANNEXE ET INDIQUER VOS CHOIX DU OU DES <u>TITRE(S) D'EMPLOI(S)</u>											
La mention « tous » ne sera pas acceptée -- (au besoin, espace supplémentaire disponible au verso)											
VEUILLEZ CONSULTER L'ANNEXE ET INDIQUER VOS CHOIX DU OU DES <u>PORT(S) D'ATTACHE(S)</u>											
La mention « tous » ne sera pas acceptée -- (au besoin, espace supplémentaire disponible au verso)											
CONFIRMATION DE LA PERSONNE SALARIÉE											
Signature :						Date :					
ESPACE RÉSERVÉ À LA DRHCAJ											
Formulaire accepté ☐						Formulaire incomplet ☐					
Signature :						Date de réception :					
Vous avez des questions ou pour transmettre votre formulaire complété :											
FIQ (Cat.1)				SCFP (Cat.2 et 3)				APTS (Cat.4) et CSN Estrie			
Tél: 450-371-9920 (2784)				Tél: 450-699-2425 (2352)				Tél : 450-679-6511 (3978)			
Fax : 450-371-3607				Fax : 450-699-6584				Fax : 450-928-3357			
dotation.pole-ouest.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca				dotation.pole-centre.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca				dotation.pole-est.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca			

VEUILLEZ CONSULTER L'ANNEXE ET INDIQUER VOS CHOIX DE CENTRE(S) D'ACTIVITÉ(S)/SERVICE(S)
À défaut de cibler des centres d'activités/services, tous ceux compris dans vos choix de ports d'attache seront considérés
(au besoin, espace supplémentaire disponible au verso)

VEUILLEZ CONSULTER L'ANNEXE ET INDIQUER VOS CHOIX DU OU DES TITRE(S) D'EMPLOI(S)
La mention « tous » ne sera pas acceptée

VEUILLEZ CONSULTER L'ANNEXE ET INDIQUER VOS CHOIX DU OU DES PORT(S) D'ATTACHE(S)
La mention « tous » ne sera pas acceptée

Initiales du salarié : _____

Mise à jour : novembre 2019