

**MESURE VISANT LA PERSONNE SALARIÉE DÉJÀ À L'EMPLOI DU RSSS  
EN DATE DU 23 SEPTEMBRE 2021 QUI S'ENGAGE À TRAVAILLER À TEMPS COMPLET  
Formulaire d'engagement**

**Période d'inscription : au plus tard le 31 mars 2022**

**IDENTIFICATION DU CANDIDAT**

|     |        |                  |
|-----|--------|------------------|
| Nom | Prénom | Numéro d'employé |
|-----|--------|------------------|

Montant forfaitaire de 15 000 \$ dont un premier versement de 5 000 \$ est prévu à la personne salariée qui s'engage à travailler à temps complet minimalement pour une année et un second versement de 10 000 \$ après 12 mois.

- La personne salariée recevra le montant forfaitaire au prorata du temps effectivement travaillé à temps complet. Les heures effectivement travaillées correspondent aux heures régulières, auxquelles sont ajoutés les congés annuels, les congés mobiles, les congés fériés et la conversion de la prime de nuit en temps chômé pour les personnes salariées qui en bénéficiaient avant le 23 septembre 2021, excluant les heures supplémentaires.
- Les absences, dont notamment le congés maladie, CNESST, maternité, invalidité, libération syndicale, congés sociaux payés, congés de nuit et de soir réduiront le montant forfaitaire versé.
- Tout congé sans solde pendant la période d'engagement (12 mois), démission ou départ de l'établissement mettra fin à l'engagement et le montant forfaitaire (5 000 \$) devra être remboursé en totalité. Excluant les 10 jours de congé sans solde autorisés

**Engagement**

- ☐ Je m'engage, à titre de **personne salariée**, à respecter mon horaire à temps complet pour une période d'une année, à compter de la période de paie suivant la date de ma signature.
- ☐ Rehaussement permanent   ☐ Rehaussement temporaire ( d'une durée de 12 mois)   ☐ Actuellement à temps complet
- ET
- ☐ Je comprends que tout congé aura un impact sur le montant forfaitaire à recevoir ou à rembourser en fonction du **prorata** du temps effectivement travaillé à temps complet.
- ET
- ☐ Je comprends que pour tout congé sans solde (excluant les 10 jours de congé sans solde autorisés), démission ou départ de l'établissement avant la fin de la période d'engagement d'un an, le montant forfaitaire (5 000 \$) devra être remboursé.

Je, soussigné(e), déclare avoir lu et compris l'ensemble des informations du présent engagement :

|                         |        |  |
|-------------------------|--------|--|
| Signature du candidat : | Date : |  |
|-------------------------|--------|--|

Signature du représentant(e) de l'établissement de santé et de services sociaux

Retourner le formulaire au plus tard le **14 janvier 2022** à l'adresse suivante : [prime.remuneration.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca](mailto:prime.remuneration.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca)

**Réservé à la DRHCAJ**

Reçu le :

Saisie de l'information:

☐ Supérieur immédiat avisé

Signature :