

**MESURE VISANT À FAVORISER LE RETOUR DU PERSONNEL EN SOINS INFIRMIERS ET
CARDIORESPIRATOIRE AYANT QUITTÉ LE RÉSEAU OU PROVENANT DU SECTEUR PRIVÉ**

Formulaire d'engagement

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

IDENTIFICATION DU CANDIDAT		
Personne retraitée réembauchée ☐		
Nom	Prénom	Numéro d'employé
Montant forfaitaire de 12 000 \$ dont un premier versement de 2 000 \$ sera versé à la personne salariée qui s'engage à travailler à temps complet minimalement pour une année (ou à raison de 14 quarts par 28 jours pour la personne retraitée) 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 et les congés fériés, 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, démission ou départ de l'établissement mettra fin à l'engagement et le montant forfaitaire (2 000 \$) devra être remboursé en totalité. Excluant les 10 jours de congé sans solde autorisés		

Engagement

☐ Je m'engage, à titre de **nouvelle embauche après le 23 septembre 2021**, 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.

OU

☐ Je m'engage, à titre de **personne retraitée réembauchée après le 23 septembre 2021**, à respecter mon horaire à raison de ____ jours par 28 jours pendant une période d'un an à compter de la période de paie suivante la date de ma signature.

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 (2 000 \$) 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 31 mars 2022 à l'adresse suivante : travaillons-ensemble.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca

Réservé à la DRHCAJ

Reçu le :

Saisie de l'information:

☐ Supérieur immédiat avisé

Signature :

Date :