

Formulaire de réclamation d'un quart de travail
Personne salariée syndiquée

Nom : _____ No d'employé : _____

Informations sur le quart réclamé

Heures : _____ Département : _____ Titre d'emploi : _____ Date : _____

Pour quelles raisons réclamez-vous ce quart?

Signature de l'employé : _____ Date : _____

À L'USAGE DU SERVICE DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Cette demande est :

Acceptée

Refusée

Commentaires :

Signature : _____ Date : _____