**FORMULAIRE DEMANDE DE RÉCLAMATION**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SALARIÉE** | | | | | | | | | | | | |
| Nom, Prénom | | |  | | | | | | | | | |
| Courriel (pour APTS seulement) | | |  | | | | | | | | | |
| Nom de l’installation | | |  | | | | | | | | | |
| Service/Centre d’activités | | |  | | | | | | | | | |
| Titre d’emploi | | |  | | | | | | | | | |
| Statut d’emploi | | | Titulaire | | | | | Occasionnel/liste de rappel | | | | |
| Syndicat | | | APTS | | | CSN | | | | | FIQ | |
| **IDENTIFICATION DE L’ÉVÉNEMENT** | | | | | | | | | | | | |
| Date de l’évènement | | |  | | | | | | | | | |
| Nbr de quart de travail réclamé | | |  | | | | | | | | | |
| Quart réclamé | | | Nuit | | | Jour | | | | | Soir | |
| Titre d’emploi du quart réclamé | | |  | | | | | | | | | |
| Heure du quart de travail | | | Heure de début : | | | | | Heure de fin : | | | | |
| Personne salariée qui a obtenu le quart de travail | | | Nom, prénom (obligatoire) : | | | | | | | | | |
| Matricule, si connu : | | | | | | | | | |
| Type de quart de travail | | | Régulier | | | | | Temps supplémentaire | | | | |
| Service du remplacement contesté  contesté : | | |  | | | | | | | | | |
| Quel était votre horaire de travail pour la semaine correspondant à votre réclamation *(inscrire* ***J*** *pour jour* ***S*** *pour soir et* ***N*** *pour nuit)* | | | | | | | | | | | | |
| **DIMANCHE** | **LUNDI** | **MARDI** | | | **MERCREDI** | | **JEUDI** | | | **VENDREDI** | | **SAMEDI** |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | |  |
| Votre disponibilité répondait-elle à la réclamation ? | | | | Oui | | | | | Non | | | |
| Veuillez détailler l’évènement : | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| A défaut de ne pas avoir bien rempli toutes les sections, votre demande pourrait ne pas être traitée. Notez qu’un délai de 30 jours calendrier est requis, et ce, à compter du dépôt de votre réclamation au service de la gestion des activités de remplacement, afin d’obtenir une réponse. | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature de la personne salariée Date | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature de la personne salariée de la GAR qui a reçu le formulaire Date de réception du formulaire | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANALYSE DE LA DEMANDE**  **Section réservée au service de la gestion des activités de remplacement**  **ou**  **Demande transférée au gestionnaire du service décentralisé par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**  **nom date** | | | |
| **DEMANDE ACCEPTÉE** | | | |
| Nombre d’heure à rembourser | Régulier | | Supplémentaire |
| **DEMANDE REFUSÉE** | | | |
| Vous n’étiez pas disponible | | Le temps supplémentaire a été donné selon le tour de rôle | |
| Aucune demande de remplacement n’a été reçue | | Vous n’aviez pas de disponibilité à TS | |
| Le quart a été donné à taux simple | | Vous aviez déjà 5 jours de cédulés dans la semaine | |
| Vous avez travaillé pour le quart réclamé | | Vous aviez déjà complété votre : \_\_\_\_/ 14 | |
| Il y avait moins d’une heure avant le début du quart de travail un employé sur place est resté | | Vous n’étiez pas disponible à travailler plus de 5 jours consécutifs | |
| Vous avez été appelé(e) le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ et vous avez refusé ou n’avez pas rappelé selon les délais prévus | | La personne salariée ayant travaillé était prioritaire pour le remplacement ou avait plus d’ancienneté | |
| Vous étiez en absence ou en non disponibilité, préciser l’absence : | | | |
| Autre : | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| c.c.: Personne salariée, Syndicat, Dossier employé, Service des Relations travail, Service de la paie (si heures à rembourser) | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature du représentant de l’employeur Date | | | |