**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 |