**DEMANDE D’HORAIRE ATYPIQUE**

|  |
| --- |
| **Définition :** * Horaire de travail modifié par une augmentation du nombre d’heures par jour sans toutefois excéder douze (12) heures de travail;
* Horaire comportant le même nombre d’heures par période de deux (2) semaines.

**Conditions :*** Être titulaire d’un poste à temps complet ou détenir une assignation à temps complet de plus de 6 mois (statut TCT).
 |

**1ère demande d’aménagement de travail:** [ ]  **Demande de prolongation** [ ]

|  |
| --- |
| **Nom de la personne salariée :** Cliquez ici pour taper du texte.**Matricule :** Cliquez ici pour taper du texte. **Titre d’emploi :** Cliquez ici pour taper du texte.**Syndicat**: APTS [ ]  CSN 2 [ ]  CSN 3 [ ]  FIQ [ ]  Non syndiqué [ ]  |

Veuillez cocher l’option correspondante à votre semaine régulière de travail et à l’A.T.T. désiré :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Semaine de travail actuelle** | **Semaine de travail suite à l’aménagement de temps de travail** | ***4848917-3d-illustration-de-rouge-vert-case-cocher*** |
| 35h  | 70h réparties sur **9 jours** de travail par deux semaines  | [ ]  |
| 70h réparties sur **8 jours** de travail par deux semaines  | [ ]  |
| 70h réparties sur **7 jours** de travail par deux semaines | [ ]  |
| 36.25h | 72.50h réparties sur **9 jours** de travail par deux semaines | [ ]  |
| 72.50h réparties sur **8 jours** de travail par deux semaines | [ ]  |
| 72.50h réparties sur **7 jours** de travail par deux semaines | [ ]  |
| 37.50h | 75h réparties sur **9 jours** de travail par deux semaines | [ ]  |
| 75h réparties sur **8 jours** de travail par deux semaines | [ ]  |
| 75h réparties sur **7 jours** de travail par deux semaines | [ ]  |
| 38.75h | 77.50h réparties sur **9 jours** de travail par deux semaines | [ ]  |
| 77.50h réparties sur **8 jours** de travail par deux semaines | [ ]  |
| 77.50h réparties sur **7 jours** de travail par deux semaines | [ ]  |

|  |
| --- |
| Par la présente, je désire me prévaloir de l’aménagement de l’horaire selon les modalités décrites à la convention collective nationale en vigueur :* APTS : Annexe 7
* CSN : Annexe Y
* FIQ : Annexe 6

**Durée de l’horaire atypique** : un (1) an à compter de la mise en vigueur de l’entente[ ]  J’ai pris connaissance de l’ensemble des modalités reliées à ma demande d’A.T.T. et je les accepte dans leur intégralité.[ ]  Je comprends que pour me désister de l’horaire A.T.T, je dois en aviser par écrit mon supérieur immédiat avec un préavis de 45 jours.[ ]  Je comprends que dans l’éventualité où j’obtiens un poste ou un remplacement autre que celui détenu lors de l’entente, celle-ci prendra fin automatiquement.**Signature de la personne salariée :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_ **Date**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Réponse du supérieur immédiat** |
| [ ]  **J’accepte votre demande dans son intégralité.**[ ]  **Je ne peux accepter votre demande pour les motifs suivants :**Cliquez pour taper du texte.**Le nouvel aménagement d’horaire sera effectif le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****pour une durée d’une (1) année.****Nom du supérieur immédiat :** Cliquez ici pour taper du texte.**Signature du supérieur immédiat** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Veuillez retourner le formulaire au service de la rémunération et des avantages sociaux par courriel à l’adresse suivante :** **service.ras.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca** **ou par télécopieur au 450-468-8169** |

1911 (100-3148)