

## FORMULAIRE DEMANDE DE RÉCLAMATION

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SALARIÉE						
Nom, Prénom						
No. Employé						
Courriel (pour APTS seulement)						
Nom de l'installation						
Service/Centre d'activités						
Titre d'emploi						
Statut d'emploi <input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Occasionnel/liste de rappel						
Syndicat <input type="checkbox"/> APTS <input type="checkbox"/> CSN <input type="checkbox"/> FIQ						
IDENTIFICATION DE L'ÉVÈNEMENT						
Date de l'évènement						
Nbr de quart de travail réclamé						
Quart réclamé <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Temps supplémentaire						
Service du remplacement contesté						
Quel était votre horaire de travail pour la semaine correspondant à votre réclamation ( <i>inscrire J pour jour S pour soir et N pour nuit</i> )						
DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
Votre disponibilité répondait-elle à la réclamation ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Régulier Nombre d'heures à rembourser : _____	<input type="checkbox"/> Supplémentaire Nombre d'heures à rembourser : _____
DEMANDE REFUSÉE	
<input type="checkbox"/> Vous n'étiez pas disponible	<input type="checkbox"/> Le temps supplémentaire a été donné selon le tour de rôle
<input type="checkbox"/> Aucune demande de remplacement n'a été reçue	<input type="checkbox"/> Vous n'aviez pas de disponibilité à TS
<input type="checkbox"/> Le quart a été donné à taux simple	<input type="checkbox"/> Vous aviez déjà 5 jours de cédulés dans la semaine ou maximum d'heures atteint pour la semaine
<input type="checkbox"/> Vous avez travaillé pour le quart réclamé	<input type="checkbox"/> Vous aviez déjà complété votre : ____/ 14
<input type="checkbox"/> Il y avait moins d'une heure avant le début du quart de travail un employé sur place est resté	<input type="checkbox"/> Selon votre horaire, le quart de travail aurait été à taux simple et vous n'étiez pas disponible pour celui-ci.
<input type="checkbox"/> Vous avez été appelé(e) le _____ et vous avez refusé ou n'avez pas rappelé selon les délais prévus	<input type="checkbox"/> La personne salariée ayant travaillé était prioritaire pour le remplacement ou avait plus d'ancienneté
<input type="checkbox"/> Vous étiez en absence ou en non disponibilité, préciser l'absence :	
<input type="checkbox"/> Autre :	
c.c.: Syndicat, Dossier employé, Service des Relations travail, Service de la paie (si heures à rembourser)	
Signature du représentant de l'employeur _____ Date _____	