

## APTS

### IDENTIFICATION

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ No d'employé(e) : \_\_\_\_\_  
Titre d'emploi : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

### DÉTAILS DU REMPLACEMENT

Remplacement : \_\_\_\_\_ Département: \_\_\_\_\_  
Numéro de poste \_\_\_\_\_ Unité administrative \_\_\_\_\_

Je désire renoncer à mon statut temps complet temporaire et continuer d'être considéré(e) comme une personne salariée à temps partiel ou non-détentrice de poste.

Comme j'ai une assignation à temps complet depuis plus de 6 mois, je désire bénéficier d'un statut temps complet temporaire.

### SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E)

Signature de l'employé(e) : \_\_\_\_\_ Date (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_

### SECTION RÉSERVÉE AU SERVICE DE LA GESTION DES ACTIVITÉS DE REMPLACEMENT

Formulaire reçu le : \_\_\_\_\_

Demande de renonciation au statut TCT reçu dans les 90 jours suivant le début de l'assignation : Oui  Non

Demande de bénéficier du statut TCT reçu entre 6 mois et 8 mois suivant le début de l'assignation : Oui  Non

Accepté : Modification du statut fait dans Logibec  Service de la rémunération et avantages sociaux avisé

Refusé : Personne salariée avisée du non-respect des modalités

Signature du chef (GAR) : \_\_\_\_\_ Date (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_

### COORDONNÉES DU SERVICE DE LA GESTION DES ACTIVITÉS DE REMPLACEMENT

GAR DRH professionnels  
GAR DRH serv. auxiliaires

[planifgardrh.professionnels.ci3ssme16@ssss.gouv.qc.ca](mailto:planifgardrh.professionnels.ci3ssme16@ssss.gouv.qc.ca)  
[planifgardrh.servauxiliaires.ci3ssme16@ssss.gouv.qc.ca](mailto:planifgardrh.servauxiliaires.ci3ssme16@ssss.gouv.qc.ca)