

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.ciassme16@ssss.gouv.qc.ca
planifgardrh.servauxiliaires.ciassme16@ssss.gouv.qc.ca