

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

# FORMULAIRE DE DEMANDE D’HORAIRE 7-7

# APTS - Optilab

 **Été 2024**

**Démarche :**

1. Remplir le formulaire
2. Une fois signé, le remettre à votre supérieur immédiat selon le calendrier de dépôt établi dans votre centre d’activités.

Détenir un titre d’emploi de la catégorie 4

* être salariée à temps complet dans le centre d’activités concerné par la demande, **ou;**

être salariée à temps partiel dans le centre d’activités concerné par la demande avec engagement de rehausser la disponibilité à temps complet pour la durée de l’horaire 7-7.

Une fois l’horaire 7-7 accordé, il ne peut être annulé



**Référence :**

Du 16 juin au 24 août 2024

**Critères d’admissibilités et d’engagement:**

***moan9316***

*2024-01-09 20:20:58*

--------------------------------------------

ajouter à la suite de cette phrase: pour la période estivale de référence.

***moan9316***

*2024-01-09 20:20:35*

--------------------------------------------

Mettre le mot «et» en gras et souligné

***moan9316***

*2024-01-09 19:58:26*

--------------------------------------------

Pour 2024, période visée: 30 juin au 24 août 2024

**IDENTIFICATION**

Nom, prénom : Matricule : Titre d’emploi : Quart de travail : J\_\_ S N Rotation \_ Statut : TC /TCT / TP Jours/quinzaine /TPT Jours/quinzaine

Centre d’activités :

|  |
| --- |
| **SIGNATURE :**Signature de l’employé(e) : Date :  |
| **RECOMMANDATION DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT :** La demande d’adhésion est acceptée. Date de début (début paie/horaire) :  La demande d’adhésion est refusée.Motifs : Nom du supérieur immédiat : # Tél : Signature : Date :  |

1515, boulevard Chomedey Laval (Québec) H7V 3Y7 **Téléphone : 450 978-8300**

**Télécopieur : 450 978-8605** [**www.lavalensante.com**](http://www.lavalensante.com/)