

## HORAIRE COMPRIMÉ

### FORMULAIRE DEMANDE D'HORAIRE COMPRIMÉ

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_ aimerais faire une demande d'horaire comprimé  
à raison de :

- huit (8) jours/deux (2) semaines
- neuf (9) jours/deux (2) semaines

en vertu de l'entente cadre convenue entre le syndicat l'employeur le 28 septembre 2020.

Date de début de l'horaire comprimée souhaitée (la date officielle sera à confirmer par le service de la  
paie) : \_\_\_\_\_

Signé à \_\_\_\_\_  
Lieu

ce \_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature employé(e)

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

### AUTORISATION DU GESTIONNAIRE

- Oui
- Non

Motifs, si refus : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signé à \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature gestionnaire

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées