

AVIS DE MODIFICATION À L'HORAIRE DE TRAVAIL ET/OU AU REPORT DE VACANCES

Nom :	Matricule :
-------	-------------

INSTALLATION						
<input type="checkbox"/> HMR	<input type="checkbox"/> HSC	<input type="checkbox"/> IUSMM	<input type="checkbox"/> LTEAS	<input type="checkbox"/> PDI	<input type="checkbox"/> SLMS	<input type="checkbox"/> CHSLD PMCS

DEMANDE DE CONGÉ COURT TERME (PRÉCISEZ)	
Type de congé	Date(s) demandée(s)

DEMANDE D'ÉCHANGE DE QUART DE TRAVAIL															
		D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
Inscrire la date :															
Nom :	Actuel														
Matricule :	Changé														
Nom :	Actuel														
Matricule :	Changé														

Signature des employés impliqués : _____ Date : _____
 _____ Date : _____

Les modifications font l'objet d'une entente avec le chef de service ou son remplaçant. Le formulaire doit parvenir au bureau de la planification des horaires et des activités de remplacement par courriel, dont les adresses sont indiquées ci-dessous, au moins 48 heures à l'avance.

phar.categorie1.cemtl@ssss.gouv.qc.ca
phar.categorie2.cemtl@ssss.gouv.qc.ca
phar.categorie3.cemtl@ssss.gouv.qc.ca
phar.categorie4.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

SECTION RÉSERVÉE AU CHEF DE SERVICE	
ACCEPTÉ <input type="checkbox"/>	REFUSÉ <input type="checkbox"/>
Commentaires : _____	
Signature du chef de service : _____ Date : _____	