**DEMANDE D’HORAIRE ATYPIQUE**

|  |
| --- |
| **Définition :**   * Horaire de travail modifié par une augmentation du nombre d’heures par jour sans toutefois excéder douze (12) heures de travail; * Horaire comportant le même nombre d’heures par période de deux (2) semaines.   **Conditions :**   * Être titulaire d’un poste à temps complet ou détenir une assignation à temps complet de plus de 6 mois (statut TCT). |

**1ère demande d’aménagement de travail:**  **Demande de prolongation**

|  |
| --- |
| **Nom de la personne salariée :** Cliquez ici pour taper du texte.  **Matricule :** Cliquez ici pour taper du texte. **Titre d’emploi :** Cliquez ici pour taper du texte.  **Syndicat**: APTS  CSN 2  CSN 3  FIQ  Non syndiqué |

Veuillez cocher l’option correspondante à votre semaine régulière de travail et à l’A.T.T. désiré :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Semaine de travail actuelle** | **Semaine de travail suite à l’aménagement de temps de travail** | ***4848917-3d-illustration-de-rouge-vert-case-cocher*** |
| 35h | 70h réparties sur **9 jours** de travail par deux semaines |  |
| 70h réparties sur **8 jours** de travail par deux semaines |  |
| 70h réparties sur **7 jours** de travail par deux semaines |  |
| 36.25h | 72.50h réparties sur **9 jours** de travail par deux semaines |  |
| 72.50h réparties sur **8 jours** de travail par deux semaines |  |
| 72.50h réparties sur **7 jours** de travail par deux semaines |  |
| 37.50h | 75h réparties sur **9 jours** de travail par deux semaines |  |
| 75h réparties sur **8 jours** de travail par deux semaines |  |
| 75h réparties sur **7 jours** de travail par deux semaines |  |
| 38.75h | 77.50h réparties sur **9 jours** de travail par deux semaines |  |
| 77.50h réparties sur **8 jours** de travail par deux semaines |  |
| 77.50h réparties sur **7 jours** de travail par deux semaines |  |

|  |
| --- |
| Par la présente, je désire me prévaloir de l’aménagement de l’horaire selon les modalités décrites à la convention collective nationale en vigueur :   * APTS : Annexe 7 * CSN : Annexe Y * FIQ : Annexe 6   **Durée de l’horaire atypique** : un (1) an à compter de la mise en vigueur de l’entente  J’ai pris connaissance de l’ensemble des modalités reliées à ma demande d’A.T.T. et je les accepte dans leur intégralité.  Je comprends que pour me désister de l’horaire A.T.T, je dois en aviser par écrit mon supérieur immédiat avec un préavis de 45 jours.  Je comprends que dans l’éventualité où j’obtiens un poste ou un remplacement autre que celui détenu lors de l’entente, celle-ci prendra fin automatiquement.  **Signature de la personne salariée :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_  **Date**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Réponse du supérieur immédiat** |
| **J’accepte votre demande dans son intégralité.**  **Je ne peux accepter votre demande pour les motifs suivants :**  Cliquez pour taper du texte.  **Le nouvel aménagement d’horaire sera effectif le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **pour une durée d’une (1) année.**  **Nom du supérieur immédiat :** Cliquez ici pour taper du texte.  **Signature du supérieur immédiat** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_  **Date :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Veuillez retourner le formulaire au service de la rémunération et des avantages sociaux par courriel à l’adresse suivante :** [**service.ras.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca**](mailto:service.ras.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca) **ou par télécopieur au 450-468-8169** |

1911 (100-3148)