**FORMULAIRE**

 **Mesure exceptionnelle : Besoins COVID-19**

|  |
| --- |
| **Identification de l’employé** |
| **Matricule :** | **Nom et prénom :** |
| **No. Téléphone 1 :** | **No. téléphone 2 :** | **Courriel :** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **RENSEIGNEMENTS SUR VOS HORS-DISPONIBLITÉS** |
| **Service(s) volontaire(s)** | **Titre d’emploi volontaire** | **Validation- RÉSERVÉ DSI** |
| **COVID-19** |
| [ ]  Alphonse-Desjardins | [ ]  Infirmière auxiliaire  | [ ]  Infirmière  | [ ]  Non conforme [ ]  Conforme  |
| [ ]  Montmagny | [ ]  Infirmière auxiliaire  | [ ]  Infirmière | [ ]  Non conforme [ ]  Conforme  |
| ☐ Beauce | [ ]  Infirmière auxiliaire  | [ ]  Infirmière | [ ]  Non conforme [ ]  Conforme  |
| ☐ Etchemins | [ ]  Infirmière auxiliaire  | [ ]  Infirmière | [ ]  Non conforme [ ]  Conforme  |
| ☐ Thetford Mines | [ ]  Infirmière auxiliaire  | [ ]  Infirmière | [ ]  Non conforme [ ]  Conforme  |

|  |
| --- |
| **Date(s) et quart(s) volontaire(s)** |
| *Dans la grille ci-dessous, vous devez indiquer les journées pour lesquelles vous êtes volontaire à combler des quarts en hors-disponibilité.* |
|  | **Semaine 1** | **Semaine 2** |
|  | **D** | **L** | **M** | **Mr** | **J** | **V** | **S** | **D** | **L** | **M** | **Mr** | **J** | **V** | **S** |
| **MARS** |  | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** |
| NUIT |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| JOUR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SOIR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **MARS** | **29** | **30** | **31** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| NUIT |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| JOUR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SOIR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **AVRIL** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** |
| NUIT |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| JOUR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SOIR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **AVRIL** | **26** | **27** | **28** | **29** | **30** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| NUIT |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| JOUR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SOIR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **MAI** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NUIT |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| JOUR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SOIR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **MAI** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** | **29** | **30** | **31** |  |  |  |  |  |  |
| NUIT |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| JOUR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SOIR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Signature :** |  | **Date :** |  |
| **S.V.P Bien vouloir retourner le formulaire au Service des activités de remplacement****PAR TÉLÉCOPIEUR au  418-380-2622 ou par courriel activites\_remplacement.cisssca@ssss.gouv.qc.ca** |

|  |
| --- |
| **Section réservée à l’employeur** |
| DSI \_Date de réception: | DSI \_Formulaire traité par : | Recommandations, commentaires de la DSI : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  Permis d’exercice valide # : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  OIIAQ [ ]  OIIQ[ ]  Formation requiseLecture préparatoire [ ]  Coronavirus [ ]  MSI Technique de prélèvement  |
| SAR \_Date de réception: | SAR \_Formulaire traité par : | [ ]  Validation SST OK [ ]  Suivi tableau partagé des volontaires [ ]  Saisie des hors-disponibilités (surplus, syndicat 000) [ ]  Équipe SAR avisée |