**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 requise  Lecture 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 |