

MESURE POUR CHANGEMENT DE QUART DE TRAVAIL DE JOUR (OU DE ROTATION)
VERS UN QUART DE TRAVAIL DE SOIR OU DE NUIT

Prime (#691 sc 02) – 2 000 \$

Formulaire d'engagement

Période d'inscription : du 23 septembre 2021 au 15 décembre 2022

IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Nom Prénom Numéro d'employé

Montant forfaitaire de 2 000 \$ pour la personne salariée travaillant de jour ou sur des quarts de rotation qui s'engage à travailler à temps complet pour une période de quatre semaines consécutives sur le quart de travail de soir ou de nuit.

- Les heures effectivement travaillées correspondent aux heures régulières auxquelles sont ajoutés les congés fériés, excluant les heures supplémentaires.
- Aucun prorata n'est applicable pour cette mesure.

Engagement

Je m'engage à travailler sur le quart de _____ (soir ou nuit).

ET

Je m'engage, à titre de **personne salariée**, à respecter mon horaire à temps complet sur le quart de travail de soir ou de nuit pour une période de quatre semaines.

Période d'application demandée _____ au _____

ET

Je comprends que tout congé, à l'exclusion d'un congé férié, annulera le versement du montant forfaitaire de 2 000 \$.

ET

Advenant le cas que mon département n'ait pas de besoins en personnel sur le quart de soir ou de nuit, je consens à être déplacé de département pour 4 semaines consécutives pour me prévaloir de la prime de changement de quart.

ET Advenant un déplacement, mes champs d'intérêt sont les suivants :

Je, soussigné(e), déclare avoir lu et compris l'ensemble des informations du présent engagement :

Signature du candidat :

Date :

Période d'application accordée par l'employeur :

Du _____ au _____

Signature du représentant(e) de l'établissement de santé et de services sociaux

Retourner le formulaire à l'adresse suivante : activites_replacement.cisssca@ssss.gouv.qc.ca

Réservé à la DRHCAJ

Reçu le :

Saisie de l'information: _____

Supérieur immédiat avisé

Signature : _____

Date : _____