

## HORAIRE 8/10 OU 9/10 AVEC RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHÉSION À UNE MESURE D'AMÉNAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL  
29 décembre 2024 au 27 décembre 2025

Nom de la personne salariée : \_\_\_\_\_ Numéro de matricule : \_\_\_\_\_

Titre d'emploi : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

Supérieur immédiat : \_\_\_\_\_ Journée d'absence : \_\_\_\_\_

Années de service (à la date de la demande) : \_\_\_\_\_ Numéro de poste : \_\_\_\_\_

### POUR LA PERSONNE SALARIÉE TITULAIRE D'UN POSTE À TEMPS COMPLET DE JOUR, DE SOIR OU DE ROTATION :

Par la présente, je désire bénéficier d'un aménagement de temps de travail à raison de :

9 jours de travail par période de 14 jours

Indiquer votre préférence quant à la journée de congé souhaitée : \_\_\_\_\_

Horaire de 9 jours de travail par période de 14 jours	Congés convertis			Choix de la salariée
	SPSCA - FIQ	SQEEES - FTQ CSN	APTS	
1. Jours fériés	▪ 9 jours	▪ 12 jours	▪ 12 jours	Obligatoire
2. Congés de maladie	▪ 3 jours	▪ 3 jours	▪ 3 jours	Obligatoire
3. Congés annuels	▪ Maximum 10 jours	▪ 10 jours	▪ 10 jours	Nbre de jour demandés : ____ Initiales : _____
<b>Le nombre total ne peut excéder :</b>	<b>22 périodes de paie (total de 44 semaines)</b>	<b>25 périodes de paie (total de 50 semaines)</b>	<b>25 périodes de paie (total de 50 semaines)</b>	

N.B. La personne salariée de **JOUR** doit avoir au moins 3 années de service et 15 ans de service pour le personnel de la catégorie 4

### POUR LA PERSONNE SALARIÉE TITULAIRE D'UN POSTE À TEMPS COMPLET DE NUIT :

Par la présente, je désire bénéficier d'un aménagement de temps de travail à raison de :

8 jours de travail par période de 14 jours

Indiquer votre préférence quant aux journées de congé souhaitées : \_\_\_\_\_

Horaire de 8 jours de travail par période de 14 jours	Congés et conversion			Choix de la salariée
	SPSCA - FIQ	CSN et APTS	SQEEES - FTQ	
1. Primes converties (art. 9.02)	▪ 24 jours	▪ 25 jours	▪ 25 jours	Obligatoire
2. Jours fériés	▪ 9 jours	▪ 11 jours	▪ 12 jours	Obligatoire
3. Congés de maladie	▪ 4 jours	▪ 4 jours	▪ 3 jours	Obligatoire
4. Congés annuels	▪ Maximum 10 jours	▪ Maximum 10 jours	▪ Maximum 10 jours	Nbre de jour demandés : ____ Initiales : _____
<b>Le nombre total ne peut excéder :</b>	<b>23 périodes de paie (total de 46 semaines)</b>	<b>25 périodes de paie (total de 50 semaines)</b>	<b>25 périodes de paie (total de 50 semaines)</b>	

DATE LIMITE D'ENVOI DE LA DEMANDE AU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT : 1<sup>er</sup> **OCTOBRE 2024**  
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DES DEMANDES AUTORISÉES : *Semaine débutant le 29 décembre 2024*

SIGNATURE DU SALARIÉ(E) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Espace réservé au supérieur immédiat** DATE LIMITE D'AUTORISATION : **28 OCTOBRE 2024**

**DATE LIMITE D'ENVOI AU SERVICE DES RELATIONS DE TRAVAIL : 1<sup>er</sup> NOVEMBRE 2024**

***Passé ce délai, aucun formulaire ne sera traité***

Demande acceptée  
Jour(s) de congé autorisé : \_\_\_\_\_

Demande refusée  
Motif : \_\_\_\_\_

Signature du supérieur immédiat : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Il appartient au gestionnaire et à leurs agentes d'inscrire les congés à l'horaire selon le type et le nombre de congés choisis.**

☞ Bien vouloir acheminer le formulaire dûment rempli au Service des relations de travail,  
par courrier interne (bureaux administratifs) ou par courriel au **relations\_de\_travail.cisssca@ssss.gouv.qc.ca**