



HORAIRE DE 4 JOURS
AVEC RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL
 (pour les personnes salariées à temps complet)

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ	N° employé :
------------------------------------	--------------

Nom :	Prénom :
Courriel :	
Titre d'emploi :	Statut :

Note : Veuillez vous assurer de **mettre à jour vos renseignements personnels** dans le logiciel de paie Logibec (ouvrez l'application, cliquez sur «Dossier employé », puis sur « Renseignements personnels » et « Nouveau »; n'oubliez pas de sauvegarder à la fin)

MODALITÉS D'APPLICATION

Date de début : _____ Date de fin : _____
 (obligatoirement 52 semaines – renouvelable – débutant avec une nouvelle période de paie)

Heures de travail par jour : _____ Journée de la semaine en congé (à titre indicatif) : _____

Noms des jours fériés conservés (exemples : Noël, Jour de l'An, Fête de la Confédération...) :

1. Fête nationale du Québec (congé obligatoire)	2.	3.	4.	5.
--	----	----	----	----

Banque maladie	Fériés conservés (max. 5)	Pourcentage de la prime	Case à cocher
5 jrs	5 jrs	4,3 % (Prime 640)	<input type="checkbox"/>
5 jrs	4 jrs	4,9 % (Prime 641)	<input type="checkbox"/>
5 jrs	3 jrs	5,5 % (Prime 642)	<input type="checkbox"/>
5 jrs	2 jrs	6,0 % (Prime 643)	<input type="checkbox"/>

L'ensemble des modalités d'application de l'horaire de 4 jours avec réduction du temps de travail est précisé aux conventions collectives nationales : FIQ (Annexe 8) FTQ-SCFP (Annexe L) CSN (Annexe P) APTS (Annexe 4)

Les demandes sont traitées en fonction des besoins du service. La semaine de travail de 4 jours doit être autorisée par le supérieur immédiat. L'horaire de 4 jours sera accepté s'il n'y a pas de remplacement nécessaire pour la 5^e journée.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

Signature : _____ Date : _____

Acheminez ce formulaire dûment rempli et signé à votre supérieur immédiat.

AUTORISATION DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT

Demande acceptée

Demande acceptée, mais dates modifiées : du : _____ au _____

Demande refusée Raison : _____

Nom du supérieur immédiat (lettres moulées) : _____

Signature du supérieur immédiat : _____ Date : _____

Acheminez ce formulaire signé à l'adresse : courriel prase.conges.vacances.estrie@ssss.gouv.qc.ca.

AUTORISATION CONGÉS/VACANCES

Demande acceptée aux mêmes dates

Demande acceptée, avec modifications (ex : % prime, dates, fériés) : _____

Demande refusée Raison : _____

Signature du représentant : _____ Date : _____

À acheminer à l'équipe Rémunération

SECTION RÉSERVÉE À L'ÉQUIPE RÉMUNÉRATION

Prime codée par : _____ Date : _____