

IDENTIFICATION (À REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

NOM		DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE	
ADRESSE				N° D'APPARTEMENT
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE RÉSIDENCE	TÉLÉPHONE CELLULAIRE
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT			TÉLÉPHONE TRAVAIL	N° DE POSTE
CENTRE D'ACTIVITÉ DE VOTRE POSTE AU TRAVAIL		NOMBRE DE JOURS POSTE / 2 SEM.	DISPONIBILITÉ (SI APPLICABLE)	
			MOINS DE 16/28 <input type="checkbox"/> PLUS DE 16/28 <input type="checkbox"/>	
STATUT		ANCIENNETÉ		ÉCHELON
TEMPS COMPLET <input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL <input type="checkbox"/>		0-5 ANS <input type="checkbox"/> 5-10 ANS <input type="checkbox"/> 10 ANS ET PLUS <input type="checkbox"/>		DÉPLAFONNEMENT
				%
CATÉGORIE D'EMPLOI				
INFIRMIÈRE <input type="checkbox"/> INFIRMIÈRE AUXILIAIRE <input type="checkbox"/> INHALOTHÉRAPEUTE <input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISEZ) <input type="checkbox"/>				
DATES DES LIBÉRATIONS PAYÉES PAR VOTRE EMPLOYEUR (veuillez joindre le talon de paye couvrant les jours de réclamation)				

RÉCLAMATION DE SALAIRE

DATE (JJ/MM/AAAA)	MOTIF DE LA LIBÉRATION OU DE LA RÉCLAMATION	HEURES PRÉVUES AU TRAVAIL	HEURES NON PRÉVUES AU TRAVAIL	HEURE D'ENTRÉE	HEURE DE DÉPART	TEMPS DE REPAS

RÉCLAMATION DE PRIMES ET SUPPLÉMENTS SALARIAUX

DATE (JJ/MM/AAAA)	RAISON	PRIME	SUPPLÉMENT

DATE DE LA DEMANDE : _____