

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	DÉPLAFONNEMENT	
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"/>			%	
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 : \_\_\_\_\_