

TSO - GRIEF TSO - GRIEF TSO - GRIEF TSO - GRIEF TSO - GRIEF TSO - GRIEF TSO - GRIEF TSO - GRIEF TSO - GRIEF TSO - GRIEF

**TSO - GRIEF**

DATE DU JOUR : \_\_\_\_\_

NO. / SILS : \_\_\_\_\_

NO. EMPLOYÉE : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉL. RÉS. : \_\_\_\_\_ TÉL. TRAV. : \_\_\_\_\_

TITRE D'EMPLOI : \_\_\_\_\_

POSTE : \_\_\_\_ / 14

CENTRE

**ÉTABLISSEMENT**

D'ACTIVITÉS :

HÔPITAL PIERRE-LE GARDEUR	
CH L'ASSOMPTION	
CH LES DEUX-RIVES	
CH ALEXANDRE-ARCHAMBAULT	
CMV CLAUDE-DAVID	
CLSC MEILLEUR	
CLSC LAMATER	



DATE DU TEMPS SUPPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE : \_\_\_\_\_

CENTRE D'ACTIVITÉS : \_\_\_\_\_

QUART DE TRAVAIL : JOUR \_\_\_\_ SOIR \_\_\_\_ NUIT \_\_\_\_

NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES EN TSO : \_\_\_\_\_

EXPLICATION : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SIGNATURE DE LA SALARIÉE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

SIGNATURE ACCUSÉ RÉCEPTION \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

NOTE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_