**RLS DE CHAMPLAIN**

**Formulaire de demande pour le rehaussement temporaire pour la salariée titulaire d’un poste ou d’un remplacement à long terme, à temps partiel, désirant se prévaloir du statut à temps complet temporaire**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION** |
| **Nom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Numéro d’employé :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Numéro du poste ou du remplacement détenu actuellement :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **PRÉFÉRENCE DE LA SALARIÉE** |
| **IMPORTANT :** Le rehaussement temporaire à temps complet est prévu pour une période de six (6) mois, sous réserve d’une analyse relativement à la disponibilité exprimée permettant à l’employeur d’en évaluer la faisabilité.Je **désire** me prévaloir d’un rehaussement temporaire de mon poste ou de mon remplacement pour acquérir le statut à temps complet temporaire [x]  |
| **À L’USAGE DE LA GESTION DES ACTIVITÉS DE REMPLACEMENT** |
| Si l’information qui précède est convenue à distance, veuillez indiquer ci-dessous qui a obtenu la décision de la salariée, la date et le lieu où la discussion a été tenue. La salariée devra signer pour officialiser sa décision dans les meilleurs délais.Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Signature de la salariée :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_**Date :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\* Veuillez envoyer votre formulaire à l’adresse suivante :** **reda.laachfoubi.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca**

c. c. : Chef de service

Chef de la rémunération et des avantages sociaux

Chef de la gestion des activités de remplacement

SPSMC - FIQ