



RÉCLAMATION D'ASSIGNATION

Afin de répondre efficacement à vos demandes et de faire une analyse plus éclairée des problématiques d'assignation, nous vous demandons de faire vos réclamations par ÉCRIT.

SECTION DE L'EMPLOYÉ(E)

Nom : _____ Prénom : _____ N° employé(e) : _____

☎ : (Rés.) _____ (Téléav.) _____ (Cell.) _____

Unité de soins : _____ Quart de travail : Jour Soir Nuit
 inf. P.A.B. _____

Syndicat concerné : SPSICHL SCFP

Description des faits :

Date : _____

Assignation : Unité/Service _____ Horaire : de _____ h à _____ h

Motif : Remplacement Renfort _____

Explications : _____

Date : _____ Signature : _____

SECTION DE L'EMPLOYEUR

Analyse : _____

Par : _____

Résultat : Remboursement accepté
 Réclamation non fondée

Date : _____ Signature : _____

c. c. : employé(e) _____ c.c. envoyée par : _____
syndicat (+ annexes)
chef d'unité de soins