



Syndicat des Professionnelles en Soins de l'Outaouais



## TEMPS SUPPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE

Nom : \_\_\_\_\_

Numéro d'employé : \_\_\_\_\_

Regroupement d'emploi : Inf. : \_\_\_\_\_ Inf Aux. : \_\_\_\_\_ Inhalo. : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone au domicile ou cellulaire: \_\_\_\_\_

Je conteste la décision de l'Employeur de m'avoir obligé à travailler en temps supplémentaire  
au département de : \_\_\_\_\_

D-L-M-M-J-V-S (encercler SVP) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_,  
(date) (heure de début) (heure de fin)  
et ce en plus de mon quart de travail régulier alors que je n'étais pas disponible.

**Cochez SVP :** Maladie de dernière minute :   
Quart non comblé à l'horaire :   
Déplacement d'une ressource :

**Cochez SVP :** Je déclare ne pas avoir négocié un congé ou  
une compensation quelconque avec mon Employeur en lien avec ce TSO :

Nom du gestionnaire qui vous a obligé à rester en TSO : \_\_\_\_\_

Je trouve cette situation inacceptable

\_\_\_\_\_  
Signature

SVP acheminez cette feuille au local syndical.  
Vous avez 30 jours (de calendrier) pour déposer un grief.