QUESTIONNAIRE GRIEF COLLECTIF - TEMPS SUPPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE

Nom de la salariée (numéro de matricule): _____

Titre d'emploi : _____

Statut (temps complet ou temps partiel (ex : 8/14) : _____

Centre d'activités : _____

Date et heure à laquelle vous remplissez ce questionnaire : _____ / _____ / _____ _____ :_____
Jour Mois Année Heure

La date du TSO : _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

À quelle heure le TSO a-t-il débuté et à quelle heure s'est-il terminé (sa durée)? : De ____ h ____ à ____ h ____.

• QUESTIONS

1. Quel était mon horaire régulier de travail prévu pour cette journée? : De ____ h ____ à ____ h ____.
2. L'heure de l'avis d'effectuer ce TSO : ____ h ____.
3. Le TSO est causé par un surcroît de travail ☐ ? Le TSO est causé par une équipe de base incomplète ☐ ?
4. Si le TSO est causé par une équipe de base incomplète, est-ce que l'absence était connue d'avance par l'employeur?

   Oui ☐ Non ☐ Depuis quand ? _____ / _____ / _____
   Jour Mois Année
5. L'employeur a-t-il pris tous les moyens pour éviter de recourir au TSO? Oui ☐ Non ☐

   Sinon, quelles démarches a-t-il négligé de faire (tenter de réorganiser le travail, contacter les salariées sur la liste de disponibilité, etc.) ? Complétez au verso si besoin.

_____

_____

_____

6. Le nom de la personne qui me demande de faire le TSO et sa fonction :

   Nom : _____ Fonction : _____

• ÉVALUATION DE MA CAPACITÉ À EFFECTUER DES HEURES SUPPLÉMENTAIRES

1. J'ai pris mon dernier repas : Oui ☐ Non ☐. Si oui, j'ai pris mon dernier repas à ____ h ____.
2. J'ai pris ma dernière pause : Oui ☐ Non ☐. Si oui, j'ai pris ma dernière pause à ____ h ____.
3. Quel est l'impact de ce TSO sur mes obligations familiales, parentales ou personnelles? Complétez au verso si besoin.

_____

_____

4. J'ai (nombre) _____ patient-e-s à ma charge pour le quart de travail en cours et j'en aurai (nombre) _____ pour le quart suivant.
5. Le centre d'activités, pour le quart suivant, sera-t-il en manque de ressources? Oui ☐ Non ☐
6. J'évalue mon état de fatigue et de manque de concentration à : Fort ☐ Moyen ☐ Faible ☐ Expliquez si nécessaire.

_____

_____

7. J'ai donné un préavis raisonnable à l'employeur afin de me trouver une relève? Oui ☐ Non ☐

   Si oui, la date et l'heure du préavis : _____ / _____ / _____ _____ :_____
   Jour Mois Année Heure

♦ **Documents disponibles sur l'espace employé à apporter au syndicat pour compléter l'enquête :**

Talon de paie et Relevé de présence

Les informations consignées sur ce document sont essentielles pour faire cheminer juridiquement le grief collectif dénonçant le TSO. Elles doivent donc être exactes et complètes. De plus, le formulaire pourra servir à établir vos droits à une éventuelle indemnité.