



## Formulaire temps supplémentaire et temps supplémentaire obligatoire

Nom:	Point de service
<input type="checkbox"/> Temps supplémentaire <b>T.S.</b>	<input type="checkbox"/> Temps supplémentaire obligatoire <b>T.S.O.</b>
Date:	Horaire de travail : Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/>
Nom de la personne absente et titre d'emploi (si disponible) :	

### Raisons données pour l'absence

<input type="checkbox"/> Aucune demande à la liste de rappel	<input type="checkbox"/> Plus personne sur la liste de rappel
<input type="checkbox"/> Erreur dans l'horaire	<input type="checkbox"/> Absence de dernière minute
<input type="checkbox"/> Erreur suivi administratif (ex : bur.santé)	<input type="checkbox"/> Personne quitte car blessée (accident)
<input type="checkbox"/> Accompagnement d'un usager	<input type="checkbox"/> Autres (précisez) :

### Conséquences sur votre santé et sur votre travail

Êtes-vous en Surcharge de travail?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	La programmation est elle suivie?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Suivez-vous les procédures?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Prenez vous vos pauses?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Êtes-vous épuisé?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Avez-vous eu un accident de travail dans les 6 dernier mois?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous le soutien de votre chef?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Avez-vous été agressé durant votre quart?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous complété votre déclaration accident/incident?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Avez-vous le soutien de vos collègues?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Travaillez-vous avec des blessures?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Craignez-vous les temps suppl.obligatoire?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

**Impacts administratifs, psychologiques, familiales etc (précisez) :**

Êtes-vous disponible pour répondre à un sondage?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> déjà répondu
Écrivez votre courriel :			

Nous vous invitons à communiquer avec nous si vous avez des questions et/ou des préoccupations au	
Par téléphone : 450-263-1224	Par courriel : cisssmo-csn@outlook.com

**Télécopier le formulaire au syndicat 450-263-0087**