

1. Identification de l'employé(e) – Section à remplir par l'employé(e)

Nom et prénom : _____ Matricule : _____
Titre d'emploi : _____ Département : _____

2. Description du manque à gagner – Section à remplir par l'employé(e) – svp remplir toutes les informations

Date du manque à gagner : AAAA-MM-JJ Jour Soir Nuit
Département : _____
Total des heures réclamées : _____ heures Rég. TS (endroit où le quart a eu lieu) _____
Titre d'emploi : _____ Votre ancienne composante : _____
Syndicat : _____ CMR Le Virage
Employé ayant fait le quart réclamé : _____ CRDITED SRSOR
Motif de réclamation : _____ Foster HSL
_____ Suroît JR
_____ Vaudreuil–Soulanges
Signature de l'employé(e) : _____ Date : AAAA-MM-JJ

3. Transmission de la réclamation de manque à gagner

Veillez acheminer ce formulaire dûment rempli à la GAR, par courriel, par télécopieur ou en personne.

Haut St-Laurent et Jardins-Roussillon Courriel : gar.jr-hsl.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 699-6840
Suroît et Vaudreuil–Soulanges Courriel : listederappel.csssvs16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 371-7214
CMR, CRDITED, Foster, Virage, SRSOR Courriel : 16_cisssmo_listerappelreadaptation@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 928-3357

4. Analyse du manque à gagner – Section à remplir par la gestion des activités de remplacement

Date de réception du manque à gagner à la gestion des activités de remplacement : AAAA-MM-JJ
 Votre manque à gagner est non fondé pour la raison suivante : _____

 Votre manque à gagner est fondé. Nombre d'heures à payer : _____
Département : _____ # titre d'emploi : _____ Type de paiement : TS Régulier
Le formulaire sera acheminé au service de la paie, pour le paiement.
c.c. : Dossier employé Syndicat Service de la paie (si paiement) GAR
Signature du responsable de la GAR : _____ Date : AAAA-MM-JJ