

| |
|-----------------------------|
| NUMÉRO DE LA DEMANDE |
| Réservé au MSSS |
| |



Ministère de la
Santé et des
Services sociaux

**DEMANDE DE CRÉATION
D'UN NOMBRE D'HEURES À UN TITRE D'EMPLOI
PRÉVU À LA NOMENCLATURE DES TITRES
D'EMPLOI, DES LIBELLÉS, DES TAUX ET DES
ÉCHELLES DE SALAIRE DU RÉSEAU DE LA
SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

SECTION I - INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de l'établissement : _____

Type d'établissement :

- Agence CHSGS CR CLSC
 CHPSY CHSLD CJ CSSS
 Autre : _____

Combien de personnes et de postes (équivalent temps complet) sont visés par votre demande de création d'un nombre d'heure à un titre d'emploi de la nomenclature :

Nombre de personnes : _____

Nombre de postes (ETC) : _____

SECTION II - IDENTIFICATION DE L'EMPLOI

Code du titre d'emploi: _____

Nom du titre d'emploi:

Nombre d'heures de travail par semaine demandé pour un poste à temps complet: _____ heures.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Question 1 -

Pour ce titre d'emploi, est-ce que le nombre d'heures demandé existe déjà dans votre organisation?

OUI NON

Si oui: Quelle est l'échelle (groupe) de salaire
présentement appliquée? _____

Est-ce que cette échelle correspond
à celle prévue au titre d'emploi? OUI NON

Précisez:

En quoi la création du nombre d'heures au titre d'emploi est
importante pour votre organisation?

NOMS DE LA PERSONNE RESSOURCE ET DE LA OU DES PERSONNES RESPONSABLES DU DOSSIER

Nom et prénom de la personne responsable

| Pour l'employeur | Pour le syndicat |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Nom et prénom : _____ | Nom du syndicat : _____ |
| Fonction : _____ | Nom et prénom : _____ |
| Téléphone : _____ | Fonction : _____ |
| Télécopieur : _____ | Téléphone : _____ |
| Adresse de courriel : _____ | Télécopieur : _____ |
| | Adresse de courriel : _____ |

Nom et prénom de la personne ressource (si différente)

Fonction : _____

Je confirme que les informations fournies de ma part dans ce questionnaire correspondent à la réalité de la demande de dérogation et ce, au meilleur de ma connaissance.

Date

Signature de la personne

Note :

Il se peut que l'on ait à vous joindre pour obtenir des précisions ou des données complémentaires sur le poste. Veuillez indiquer :

Numéro de téléphone au travail : _____

Numéro de télécopieur : _____

Adresse de courriel : _____

