

<b>NUMÉRO DE LA DEMANDE</b>
<b>Réservé au MSSS</b>



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 : \_\_\_\_\_

