Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais
Québec
Direction des ressources humaines

FORMULAIRE
DEMANDE DE VÉRIFICATION D'ANCIENNETÉ

La liste d'ancienneté deviendra officielle après le délai d'affichage de 60 jours prévu à la convention collective

Remplir la partie « A » et faire parvenir le formulaire au Service de la gestion des avantages sociaux et relation avec les employés au 85, rue Bellehumeur, suite 150 ou par courriel à l'adresse suivante : CISSSO_Dot_rem_av_sociaux@ssss.gouv.qc.ca

Pour les personnes salariées à temps partiel, veuillez consulter les articles suivants :

- Art. 12.05 de la convention collective de la FIQ (catégorie 1)
- Art. 12.06 de la convention collective de la CSN-FSSS (catégorie 2 et 3)
- Art. 13.03 de la convention collective de l'APTS (catégorie 4)

Conventions collectives 2021-2023 - Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux (CPNSSS) (gouv.qc.ca)

PARTIE A

Nom : _____ Prénom : _____ N° matricule : _____

Titre d'emploi : _____ Syndicat : _____

Statut : ☐ Temps complet ☐ Temps partiel ☐ Temporaire occasionnel

Ancienneté selon la liste : An (s) : _____ Jours : _____

Motif de la demande :

Signature : _____ Date : _____

RÉPONSE DU REPRÉSENTANT RH

Ancienneté : Ans : _____ Jours : _____

Commentaire :

Signature : _____ Date : _____

c. c. Gestionnaire
Syndicat
Dossier de l'employé(e)

2024-01-29