Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais
Québec

MESURE POUR CHANGEMENT DE QUART DE TRAVAIL DE JOUR (OU DE ROTATION)
VERS UN QUART DE TRAVAIL DE SOIR OU DE NUIT

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT

PÉRIODE D'INSCRIPTION : DURÉE D'APPLICATION DE L'ARRÊTÉ 2021-071		
IDENTIFICATION DU CANDIDAT		
Nom	Prénom	Numéro d'employé
Montant forfaitaire de 2 000 $ pour la personne salariée travaillant de jour ou sur des quarts de rotation qui s'engage à travailler à temps complet pour une période de quatre semaines consécutives sur le quart de travail de soir ou de nuit.		
▪ Les heures effectivement travaillées correspondent aux heures régulières auxquelles sont ajoutés les congés fériés, excluant les heures supplémentaires. ▪ Aucun prorata n'est applicable pour cette mesure.		
Engagement ☐ Je m'engage, à titre de **personne salariée**, à respecter mon horaire à temps complet sur le quart de travail de soir ou de nuit pour une période de quatre semaines. Période d'application demandée*_____au_____ (*Début de période horaire ou de période de paie / doit être renouvelé aux 4 semaines selon l'arrêté ministériel) ET ☐ Je comprends que tout congé, à l'exclusion d'un congé férié, annulera le versement du montant forfaitaire de 2 000 $.		
Je soussigné(e) déclare avoir lu et compris l'ensemble des informations du présent engagement :		
Signature du candidat :	Date :	
Période d'application accordée par l'employeur : Du_____au _____ Signature du représentant(e) de l'établissement de santé et de services sociaux		
Retourner le formulaire à l'adresse suivante : CISSSO_Dot_rem_av_sociaux@ssss.gouv.qc.ca		
Réservé à la DRH Reçu le : _____ Saisie de l'information : _____ ☐ Supérieur immédiat avisé Signature : Date :		