

# FORMULAIRE DE REHAUSSEMENT TEMPORAIRE APTS

Direction des ressources humaines

À acheminer par courriel à [07\\_cisso\\_dotation@ssss.gouv.qc.ca](mailto:07_cisso_dotation@ssss.gouv.qc.ca)

**INFORMATION GÉNÉRALE :** Entente relative à certains technologues en imagerie médicale et en radiologie pour des installations visées (hôpital de Hull et Gatineau) au CISSS de l'Outaouais intervenue dans le cadre du programme d'urgence et stabilité Outaouais. En vigueur du 29-04-2024 au 23-04-2026.

\*\*\* Afin de bénéficier des incitatifs spéciaux temporaires ci-bas, la personne salariée doit accepter d'effectuer 2,5 heures régulières en surplus du nombre d'heures de travail prévu à son titre d'emploi.

- Versement d'un montant forfaitaire équivalent à 10% du salaire horaire de base pour chaque heure travaillée entre le 15 juin et le 15 septembre de chaque année
- Versement d'un montant forfaitaire annuel de 22 000\$ versé de la façon suivante:
  - 20% dans les 30 jours suivant l'acceptation de la demande de rehaussement
  - 30% dans les 6 mois suivant l'acceptation de la demande de rehaussement;
  - 50% après 12 mois suivant l'acceptation de la demande de rehaussement;
  - 50% après 18 mois suivant l'acceptation de la demande de rehaussement;
  - 50% après 24 mois suivant l'acceptation de la demande de rehaussement.

## Veillez cocher:

- Je refuse le rehaussement
- J'accepte le rehaussement (le versement du forfaitaire annuel s'effectuera au prorata du temps travaillé)

J'occupe le titre d'emploi : (veuillez cocher)

- \_\_\_ 2205-Technologue en imagerie médicale du domaine du radiodiagnostic;
- \_\_\_ 2212-Technologue spécialisé ou technologue spécialisée en imagerie médicale;
- \_\_\_ 2217-Technologue spécialisé ou technologue spécialisée en échographe-pratique autonome ;
- \_\_\_ 2222-Technologue en radiologie (Système d'information et d'imagerie numérique);
- \_\_\_ 2213-Coordonnateur ou coordonnatrice technique (radiologie);
- \_\_\_ 2219-Assistant-chef technologue en radiologie ou assistante-chef technologue en radiologie.

Je travaille dans l'installation suivante (veuillez cocher):

- \_\_\_ Hôpital de Hull en imagerie médicale et la radiologie;
- \_\_\_ Hôpital de Gatineau en imagerie médicale et la radiologie

- J'annule le rehaussement (le versement du forfaitaire annuel s'effectuera au prorata du temps travaillé)

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SALARIÉE :**

NOM : | \_\_\_\_\_ | PRÉNOM : | \_\_\_\_\_ | N° MATRICULE. : | \_\_\_\_\_ |

COURRIEL : | \_\_\_\_\_ | CENTRE D'ACTIVITÉS : | \_\_\_\_\_ |

N° DU POSTE : | \_\_\_\_\_ | TITRE D'EMPLOI : | \_\_\_\_\_ |

---

Signature de l'employé : | \_\_\_\_\_ | Date : | \_\_\_\_\_ |

**\*\*\* Veuillez prendre que si vous voulez cesser de bénéficier des mesures de la présente entente, vous devrez remplir à nouveau ce formulaire en cochant « J'annule le rehaussement »**

Signature du gestionnaire : | \_\_\_\_\_ | Date : | \_\_\_\_\_ |

**\*\*\*La périodicité doit être complétée et signée par le gestionnaire**

---

**RÉSERVÉ À LA DOTATION**

Date de début de paie concerné : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Agente de la gestion du personnel - Dotation  
Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

c.c.    Gestionnaire  
      Syndicat APTS  
      Service de la paie  
      Service de la rémunération

**PÉRIODICITÉ**

Identification du poste: Compléter les cases

<b>#Unité administrative</b>		<b>Unité</b>	
<b>#Poste</b>		<b>Statut</b>	
<b>Nom</b>		<b>Matricule</b>	
<b>Titre d'emploi</b>		<b>DATE DÉBUT</b>	
		<b>CYCLE:</b>	

	Journée	Heure début	Heure fin	Durée repas	Total hres/jr	ASGN
Jour 1	Dimanche					
Jour 2	Lundi					
Jour 3	Mardi					
Jour 4	Mercredi					
Jour 5	Jeudi					
Jour 6	Vendredi					
Jour 7	Samedi					
Jour 8	Dimanche					
Jour 9	Lundi					
Jour 10	Mardi					
Jour 11	Mercredi					
Jour 12	Jeudi					
Jour 13	Vendredi					
Jour 14	Samedi					
Jour 15	Dimanche					
Jour 16	Lundi					
Jour 17	Mardi					
Jour 18	Mercredi					
Jour 19	Jeudi					
Jour 20	Vendredi					
Jour 21	Samedi					
Jour 22	Dimanche					
Jour 23	Lundi					
Jour 24	Mardi					
Jour 25	Mercredi					
Jour 26	Jeudi					
Jour 27	Vendredi					
Jour 28	Samedi					

Signature du Gestionnaire : [ ]	Date : [ ]
---------------------------------	------------