|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’employé(e) :** |  | | | | **Matricule :** |  | | |
| **Titre d’emploi :** |  | | | |  | |  | | | |
| **Centre d’activités/service actuel :** | | |  | | **Nom du gestionnaire**: |  | | |
| **Statut actuel : Temps complet  Temps partiel** | | | | | **Nombre d’heures au poste :** | | |  | | |
| **Quart de travail :** | |  | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

* J’offre volontairement de me faire réaffecter :

Soins intensifs adultes : Hôpital Fleurimont Hôtel-Dieu de Sherbrooke

Soins intensifs pédiatriques : Hôpital Fleurimont

Clinique désignée d’évaluation (CDÉ)

Sherbrooke Granby Cowansville Magog

Autre CDÉ à venir sur le territoire

Hygiène et salubrité

Prévention aux portes

Trajectoire patient (zones chaude – tiède – froide)

Intensification des soins en hébergement ou à domicile ou en centres de confinement

Autres (préciser) :

* J’accepte d’être réaffecté à un autre titre d’emploi : OUI NON

Préciser :

* J’accepte d’augmenter mon nombre d’heures jusqu’à du temps complet : OUI NON
* J’accepte de travailler sur un autre quart de travail que celui de mon poste :  OUI  NON

Veuillez indiquer vos préférences de quart de travail en utilisant les chiffres 1 à 3 pour chaque quart de travail, et ce, même si vous avez répondu non à la question précédente.

**JOUR** **SOIR** **NUIT**

* J’accepte de faire un horaire atypique-comprimé (12 heures) :  OUI  NON

**Prenez note qu’en vous portant volontaire, l’horaire attribué sera intégré aux horaires du secteur pour la rotation des fins de semaine.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature de l’employé(e) :** |  |
| **Date :** |  |

**Dans le cas de l’employé(e) non délesté(e) : J’ai obtenu l’autorisation verbale de mon chef de service :**  OUI  NON

**Formulaire à retourner à**

delestagepersonnel.covid19.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

(05 CIUSSSE-CHUS DRHCAJ Delestage personnel COVID19)

**COMMENTAIRES**

|  |
| --- |
| **PRÉFÉRENCE DE L’EMPLOYÉ(E)**: |