**Service PRASE**
500, rue Murray, local EM-0300
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6
Téléphone : 819 780-2220, poste 47777, options 2-3
Sans frais : 1 855 780-2200, options 2-3
Télécopieur : 819 780-1821
www.csss-iugs.ca/prase
prase.conges.vacances.estrie@ssss.gouv.qc.ca

*Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke*
Québec

# HORAIRE DE 4 JOURS

## AVEC RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL

**(pour les personnes salariées à temps complet)**

## IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SALARIÉE

Matricule : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse courriel : _____

Titre d'emploi : _____ Statut : _____

Note : Veuillez vous assurer de mettre à jour vos renseignements personnels dans Logibec > Onglet Dossier employé > Renseignements personnels > Nouveau.
N'oubliez pas de sauvegarder les changements apportés.

## MODALITÉS D'APPLICATION

Date de début (obligatoirement 52 semaines renouvelable débutant avec une nouvelle période de paie) : _____ Date de fin : _____

Heures de travail par jour : _____ Journée de congé (en semaine) : _____

Congés fériés à conserver (Ex. : Noël, Jour de l'An, Fête de la Confédération, etc.) :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Fête nationale du Québec (congé obligatoire) | 2. | 3. | 4. | 5. |

| Banque maladie | Congés fériés conservés (max. 5) | Pourcentage de la prime | Case à cocher |
|---|---|---|---|
| 5 jrs | 5 jrs | 4,3 % (Prime 640) | ☐ |
| 5 jrs | 4 jrs | 4,9 % (Prime 641) | ☐ |
| 5 jrs | 3 jrs | 5,5 % (Prime 642) | ☐ |
| 5 jrs | 2 jrs | 6,0 % (Prime 643) | ☐ |

L'ensemble des modalités d'application de l'horaire de 4 jours avec réduction du temps de travail est précisé aux conventions collectives nationales :
FIQ : Annexe 8 | FTQ-SCFP : Annexe L | CSN : Annexe P | APTS : Annexe 4.

*Les demandes sont traitées en fonction des besoins du service. La semaine de travail de 4 jours doit être autorisée par le supérieur immédiat. L'horaire de 4 jours sera accepté que s'il n'y a pas de remplacement nécessaire pour la 5e journée.*

## SIGNATURE DE LA PERSONNE SALARIÉE

Signature : _____ Date : _____

**Veuillez acheminer ce formulaire dûment rempli et signé à votre supérieur immédiat.**

## AUTORISATION DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT

☐ Demande acceptée

☐ Demande acceptée, mais dates modifiées → du : _____ au : _____

☐ Demande refusée → Raison : _____

Nom du supérieur immédiat (lettres moulées) : _____

Signature du supérieur immédiat : _____ Date : _____

**Veuillez acheminer ce formulaire dûment signé par courriel à :** prase.conges.vacances.estrie@ssss.gouv.qc.ca.

## SECTION RÉSERVÉE À L'ÉQUIPE CONGÉS/VACANCES

☐ Demande acceptée aux mêmes dates

☐ Demande acceptée avec modifications (Ex. : % prime, dates, congés fériés) : _____

☐ Demande refusée → Raison : _____

Signature du représentant : _____ Date : _____

**Veuillez acheminer ce formulaire à l'équipe Rémunération.**

## SECTION RÉSERVÉE À L'ÉQUIPE RÉMUNÉRATION

Prime codée par : _____ Date : _____