

## IDENTIFICATION (À REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

NOM		DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE		
ADRESSE					N° D'APPARTEMENT
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE RÉSIDENCE	TÉLÉPHONE CELLULAIRE	
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		N° ÉTABLISSEMENT	TÉLÉPHONE TRAVAIL	N° DE POSTE	
CENTRE D'ACTIVITÉ DE VOTRE POSTE AU TRAVAIL		NOMBRE DE JOURS POSTE / 2 SEM.	DISPONIBILITÉ (SI APPLICABLE)		
			MOINS DE 16/28 <input type="checkbox"/> PLUS DE 16/28 <input type="checkbox"/>		
STATUT		ANCIENNETÉ		ÉCHELON	DÉPLAFONNEMENT
TEMPS COMPLET <input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL <input type="checkbox"/>		0-5 ANS <input type="checkbox"/> 5-10 ANS <input type="checkbox"/> 10 ANS ET PLUS <input type="checkbox"/>			%
CATÉGORIE D'EMPLOI					
INFIRMIÈRE <input type="checkbox"/> INFIRMIÈRE AUXILIAIRE <input type="checkbox"/> INHALOTHÉRAPEUTE <input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISEZ) <input type="checkbox"/>					
DATES DES LIBÉRATIONS PAYÉES PAR VOTRE EMPLOYEUR (veuillez joindre le talon de paye couvrant les jours de réclamation)					

## RÉCLAMATION DE SALAIRE

DATE (JJ/MM/AA)	MOTIF DE LA LIBÉRATION OU DE LA RÉCLAMATION	HEURES PRÉVUES AU TRAVAIL	HEURES NON PRÉVUES AU TRAVAIL	HEURE D'ENTRÉE	HEURE DE DÉPART	TEMPS DE REPAS

## RÉCLAMATION DE PRIMES ET SUPPLÉMENTS SALARIAUX

DATE (JJ/MM/AA)	RAISON	PRIME	SUPPLÉMENT

DATE DE LA DEMANDE : \_\_\_\_\_