

ANNEXE C

1. **NOM DE L'EMPLOYÉ :** _____

Date d'embauche : _____ Numéro d'employé : _____

Adresse : _____

No. de téléphone : _____ No. de cellulaire : _____

2. **NOM DE LA COMPAGNIE:** _____

3. **STATUT DE L'EMPLOYÉ :**

À l'essai Régulier sur la liste de rappel Régulier titulaire d'un poste

Si l'employé occupe actuellement un poste régulier, remplir cette section

Classification : A B C Nombre d'heures : _____

Quart de travail : jour soir nuit

Contrat et/ou édifice : _____

APPLICATION SUR UN POSTE VACANT OU NOUVELLEMENT CRÉÉ (article 12)

Classifications : A B C Autres : _____ Nombre d'heures : _____

Quart de travail : jour (7h00-15h00) soir (15h00-23h00) nuit (23h00-7h00)

Régions : Montréal Rive-Nord Rive-Sud Autre : _____

Contrat et/ou édifice (optionnel) : _____

DISPONIBILITÉ POUR LA LISTE DE RAPPEL

REPLACEMENTS ET TRAVAIL OCCASIONNEL (articles 5.13, 13.01 et 13.02)

Classifications : A B C Autres : _____ Nombre d'heures : _____

Régions : Montréal Rive-Nord Rive-Sud Autre : _____

Disponibilité	Jour (7h00-15h00)	Soir (15h00-23h00)	Nuit (23h00-7h00)
Dimanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature de l'employé

Date

Transmettre copie au syndicat dans les 5 jours :
Union des employés et employées de Service, Section locale 800
920, rue de Port-Royal Est, Montréal, Québec, H2C 2B3 Fax : (514) 385-9888