Formulaire de demande pour horaire de travail comprimé

Informations sur la personne salariée :

Nom : _____

Identifiant de la personne salariée : _____

Département : _____

Poste : _____

Supérieur(e) immédiat(e) : _____

Détails de l'horaire de travail comprimé :

Horaire de travail actuel : _____

Horaire de travail comprimé proposé :

Lundi : _____ à _____

Mardi : _____ à _____

Mercredi : _____ à _____

Jeudi : _____ à _____

Vendredi : _____ à _____

(Si applicable) Samedi : _____ à _____

(Si applicable) Dimanche : _____ à _____

Date de début demandée : _____

Date de fin demandée : _____

(Maximum de septembre à avril et de mai à août)

Approbation du supérieur(e) immédiat(e) :

Nom du supérieur(e) immédiat(e) : _____

Décision : ☐ Approuvé ☐ Refusé

Si refusé, raison(s) du refus :

☐ Les besoins des départements/unités

☐ Le poste de la personne salariée et les obligations inhérentes à ce poste

☐ Autre(s) raison(s) (veuillez spécifier) : _____

Signature : _____

Date : _____

Reconnaissance de la personne salariée :

Je comprends que mon horaire de travail comprimé est soumis à révision et peut être ajusté ou annulé en fonction des besoins de l'université conformément au point 3 de la lettre d'entente 2024-002.

Signature de la personne salariée : _____

Date : _____