

AVIS DE DISPONIBILITÉ SCFP

Selon la clause 6.2 de la convention collective locale, la personne salariée de la liste de rappel doit exprimer par écrit une disponibilité minimale deux (2) jours par semaine et une fin de semaine sur deux (2). Cette disponibilité s’applique à tous les services de l’employeur.

Ce formulaire doit être complété par la personne salariée et remis au service des ressources humaines selon les délais suivants :

* **Dans les trois (3) jours de l’embauche** pour une personne salariée ayant un statut autre que temps complet régulier **ou lors d’un changement de statut**.
* **Dans les quinze (15) jours** de la réception d’une **demande de mise à jour** de la disponibilité de la part du service des ressources humaines.
* **Lors d’un changement de disponibilité**, la personne salariée doit remettre un nouveau formulaire complété. Cette nouvelle disponibilité sera effective **une (1) semaine après la réception** par le service des ressources humaines.

**Section 1**

# Nom :       Matricule :

Titre d’emploi :       Statut :

Nos. téléphone :

**[ ]** Personne salariée détentrice d’un poste **(Compléter les sections 2, 3 et 4)**

**[ ]** Personne salariée non détentrice d’un poste **(Compléter les sections 3 et 4)**

# Section 2

## DISPONIBILITÉ DANS LE SERVICE

Indiquez si vous désirez faire des remplacements de 5 jours et plus dans votre service.

**[ ]** Oui [ ] Non

### Section 3

**DISPONIBILITÉ**

Je désire travailler **[ ]  5 [ ]  4 [ ]  3 [ ]  2** jours par semaine.

Je suis disponible les jours suivants à compter du

**Veuillez cocher les périodes au cours desquelles vous êtes disponible.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** |
| **AM** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **PM** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |

**En plus de mon titre d’emploi habituel, je désire m’inscrire pour le(s) titre(s) d’emploi suivant(s) :**

1.
2.
3.
4.
5.
6.

**Remarques de la personne salariée :**

# Section 4

**Date :**

**Signature :**

###### À L’USAGE DU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

**Reçu le       Par :**

**En vigueur le**

**C.C. SCFP**