

## DEMANDE D'HORAIRE RÉPARTI 9/10

Pour le personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration (catégorie 3)

### MARCHE À SUIVRE

La personne salariée doit remplir les sections 1 à 4 et remettre le formulaire à son supérieur immédiat.  
Le supérieur immédiat conserve le formulaire.

### SECTION 1 – IDENTIFICATION

|                  |                     |
|------------------|---------------------|
| Nom :            | Prénom :            |
| No. d'employé :  | Téléphone : Poste : |
| Titre d'emploi : | Service :           |

### SECTION 2 – CHOIX DE L'AMÉNAGEMENT DE TEMPS DE TRAVAIL

Je désire me prévaloir de l'horaire réparti 9/10

**L'HORAIRE réparti 9/10** sans réduction de temps de travail, se définit comme étant, d'une part, une augmentation du nombre d'heures travaillées par jour et, d'autre part, de l'octroi d'une journée de congé par période de quatorze (14) jours, tout en totalisant le nombre d'heures prévues à la *Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux* en fonction du titre d'emploi occupé par la personne salariée par période de quatorze (14) jours.

Exceptionnellement, la journée de congé peut également être divisée en deux demi-journées si le supérieur immédiat le permet en respect des conditions précisées dans la présente entente.

#### IMPORTANT

La personne salariée peut mettre fin à l'horaire réparti 9/10 en tout temps moyennant un préavis écrit de trente (30) jours. Également, le supérieur immédiat peut aussi y mettre fin moyennant un préavis écrit de trente (30) jours. Ce délai peut être moindre de part et d'autre si une situation d'ordre exceptionnel ou humanitaire est invoquée.

### SECTION 3 – PRÉFÉRENCE D'HORAIRE (balises à respecter se référer à l'entente cadre)

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | L | M | M | J | V | S | D | L | M | M | J | V | S |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Commentaires/précisions :

### SECTION 4 – SIGNATURE

Signature de la personne salariée :

Date :

### À USAGE DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT

Demande accordée ou non

Nom, Prénom du supérieur immédiat : \_\_\_\_\_

Date :

Signature du supérieur immédiat : \_\_\_\_\_