

IDENTIFICATION DE L’EMPLOYÉ

Nom, Prénom _____ Titre d’emploi _____ N° d’identification _____

Service ou arrondissement _____ Division _____

HORAIRE ET DESCRIPTION DE LA DEMANDE

HORAIRE ACTUEL : HORAIRE FIXE HORAIRE FLEXIBLE HORAIRE VARIABLE

	SELON HORAIRE ACTUEL	SELON SEMAINE RÉDUITE
MOYENNE D’HEURES DE TRAVAIL PAR JOUR :		
MOYENNE D’HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE :		
NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL PAR SEMAINE :		
JOURNÉE EN CONGÉ (PÉRIODE SANS SOLDE) :		

AUTRES MODALITÉS PRÉVUES (s’il y a lieu) : _____

DATE DU DÉBUT DE LA MODIFICATION D’HORAIRE :

AAAA-MM-JJ

DATE PRÉVUE DU RETOUR À TEMPS COMPLET (durée minimale de congé est de 3 mois) :

(date de retour obligatoire)

AAAA-MM-JJ

Le début du congé doit être un dimanche et la fin du congé un samedi. Il est de la responsabilité de l’employé de valider son horaire.

SALAIRE ET AVANTAGES SOCIAUX

SALAIRE	ASSURANCE COLLECTIVE	RÉGIME DE RETRAITE
Ajustement proportionnel au temps travaillé.	<p>La Ville continue d’assumer sa contribution habituelle si la semaine de travail est de 4 jours et plus seulement.</p> <p>Sinon, la contribution de la Ville est proportionnelle au temps travaillé.</p> <p>Protections :</p> <p>Assurance vie : En cas de décès, la prestation sera alors proportionnelle au salaire de l’horaire réduit</p> <p>Assurance salaire de longue durée : En cas d’invalidité de plus de 6 mois, le montant de vos prestations sera alors équivalent à 70 % de votre traitement brut régulier selon votre horaire réduit, pour toute la durée de votre absence en invalidité.</p>	<p>Possibilité de contribuer en fonction d’un emploi à temps complet à la condition d’assumer sa part et la part de la Ville pour la période considérée sans solde (ou période non travaillée). Toutefois, les employés qui prévoient prendre leur retraite à l’intérieur d’une période de 3 ans pourront bénéficier de conditions particulières en remplissant le formulaire « Demande de modification d’horaire – Semaine réduite en vue de la retraite ».</p> <p><input type="checkbox"/> Je désire contribuer au régime de retraite pour les journées non travaillées.</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne désire pas contribuer au régime de retraite pour les journées non travaillées et je comprends qu’il ne sera désormais plus possible de racheter cette période ultérieurement.</p>

SIGNATURE DE L’EMPLOYÉ

SIGNATURE DE L’EMPLOYÉ _____

AAAA-MM-JJ

AUTORISATION DE LA DEMANDE

La présente demande est : Autorisée Refusée Modifiée

SIGNATURE DU DIRECTEUR
DE SERVICE OU D’ARRONDISSEMENT _____

NOM DU DIRECTEUR EN LETTRES MOULÉES _____

AAAA-MM-JJ

À la suite de l’acceptation de la présente demande, l’employé conserve la possibilité de mettre fin à l’entente avec un préavis de 30 jours.

Veillez transmettre votre demande par courriel à l’adresse suivante : RH.CongesDivers@ville.quebec.qc.ca

Demande acheminée à la Division des relations de travail et de la paie au Service des ressources humaines, selon les délais prévus aux conventions collectives et recueils de conditions de travail.

AAAA-MM-JJ