

FORMULAIRE DE DISPONIBILITÉ (CSN – CATÉGORIE 2) TEMPS RÉGULIER

SECTION A INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom _____ Prénom _____ Numéro d'employé(e) _____
Statut _____ Titre d'emploi _____ Je suis étudiant(e) (Fournir la preuve d'études)
Numéros de téléphone : #1 : _____ #2 : _____

SECTION B DISPONIBILITÉ RÉGULIÈRE

	SEMAINE 1							SEMAINE 2 (paie)						
	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
Nuit														
Jour														
Soir														

	SEMAINE 3							SEMAINE 4 (paie)						
	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
Nuit														
Jour														
Soir														

Nombre de jours travaillés par 2 semaines : 4/15 5/15 6/15 7/15 8/15 9/15 10/15 (temps complet)
(Incluant votre poste)

Nombre de fins de semaine : 1/2 1/3 1/4 2/2 (toutes)

SECTION C SIGNATURE

Signature de l'employé : _____ Date : _____

ESPACE RÉSERVÉ AU SERVICE DES ACTIVITÉS DE REMPLACEMENT

Date de réception : _____ Accepté Refusé
Disponibilité en vigueur le : _____ Enregistrée par : _____
Commentaires : _____

COORDONNÉES DES ACTIVITÉS DE REMPLACEMENT

Téléphone : 514-523-2419 Télécopieur : 514-252-6430 Courriel : bureaudaffectation.hmr@ssss.gouv.qc.ca

POUR PLUS D'INFORMATIONS, VEUILLEZ VOUS RÉFÉRER À VOTRE CONVENTION COLLECTIVE
N'OUBLIEZ PAS DE MODIFIER VOTRE DISPONIBILITÉ SI VOUS OBTENEZ UN POSTE OU SI VOUS CHANGEZ DE STATUT
OU TITRE D'EMPLOI

UNITÉS/SERVICES	ORIENTÉ	UNITÉS/SERVICES	ORIENTÉ
MAISONNEUVE PRODUCTION		CLINIQUE EXT. CHIRURGIE	
AIDE CUISINIER	<input type="checkbox"/>	ASS. TECH. MÉDECINE DENTAIRE	<input type="checkbox"/>
CUISINIER	<input type="checkbox"/>	PRÉPOSÉ STÉRILISATION	<input type="checkbox"/>
PÂTISSIER/BOULANGER	<input type="checkbox"/>	CLINIQUE EXT. OPHTALMOLOGIE	
PRÉPOSÉ SERVICE ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/>	TECHNICIEN CLASSE B	<input type="checkbox"/>
AIDE ALIMENTATION	<input type="checkbox"/>	RADIO-QUALITÉ	
PRÉPOSÉ CAFÉTÉRIA	<input type="checkbox"/>	ASS. TECH. LAB/RX	<input type="checkbox"/>
MAISONNEUVE CAFÉTÉRIA		RADIO-ONCOLOGIE	
CAISSIER	<input type="checkbox"/>	ASS. TECH. LAB/RX	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ SERVICE ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/>	PHARMACIE	
AIDE ALIMENTATION	<input type="checkbox"/>	ASS. TECH. SENIOR	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ CAFÉTÉRIA	<input type="checkbox"/>	PHYSIO DSM	
MAISONNEUVE LAVERIE		PRÉPOSÉ PHYSIO/ERGO	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ SERVICE ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/>	BIOCHIMIE GÉNÉRALE	
AIDE ALIMENTATION	<input type="checkbox"/>	AIDE DE SERVICE	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ CAFÉTÉRIA	<input type="checkbox"/>	TECHNICIEN CLASSE B	<input type="checkbox"/>
PLATEAUX		HÉMATOLOGIE	
PRÉPOSÉ SERVICE ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/>	AIDE DE SERVICE	<input type="checkbox"/>
AIDE ALIMENTATION	<input type="checkbox"/>	MICROBIOLOGIE	
PRÉPOSÉ CAFÉTÉRIA	<input type="checkbox"/>	PRÉPOSÉ STÉRILISATION	<input type="checkbox"/>
DISTRIB. BÉNÉF. RSMT		PATHOLOGIE	
CAISSIER	<input type="checkbox"/>	TECHNICIEN CLASSE B	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ SERVICE ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/>	SALLE D'ACCOUCHEMENT	
AIDE ALIMENTATION	<input type="checkbox"/>	PRÉPOSÉ STÉRILISATION	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ CAFÉTÉRIA	<input type="checkbox"/>	ENDOSCOPIE	
SALUBRITÉ		PRÉPOSÉ STÉRILISATION	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ ENTRETIEN MÉNAGER	<input type="checkbox"/>	SÉCURITÉ	
INSTALLATION MATÉRIEL		SERRURIER	<input type="checkbox"/>
ÉBÉNISTE	<input type="checkbox"/>	PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES	
ÉLECTRICIEN	<input type="checkbox"/>	UNITÉS/SERVICES	
MÉCANICIEN D'ENTRETIEN	<input type="checkbox"/>	CHIRURGIE (4CD-5AB-6CD-8AB)	<input type="checkbox"/>
MÉCANICIEN MACHINE FRIGORIFIQUE	<input type="checkbox"/>	MÉDECINE 1 (6AB-9CD-UHT)	<input type="checkbox"/>
MENUISIER	<input type="checkbox"/>	MÉDECINE 2 (4AB-9AB-10AB)	<input type="checkbox"/>
OUVRIER DE MAINTENANCE	<input type="checkbox"/>	SECTEUR FEMME/ENFANT	<input type="checkbox"/>
PEINTRE	<input type="checkbox"/>	10CD GÉRIATRIE MED FAM	<input type="checkbox"/>
PLÂTRIER	<input type="checkbox"/>	5CD HÉMATO GMO	<input type="checkbox"/>
PLOMBIER/MÉCANICIEN TUYAUTERIE	<input type="checkbox"/>	4A SOINS PALLIATIFS	<input type="checkbox"/>
BUANDERIE/LINGERIE		1C OPHTALMO CHIR D'UN JOUR	<input type="checkbox"/>
COUTURIER	<input type="checkbox"/>	UNITÉ HOSP. BRÈVE	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ BUANDERIE	<input type="checkbox"/>	URGENCE	<input type="checkbox"/>
CENTRALE THERMIQUE		URGENCE PSYCHIATRIQUE	<input type="checkbox"/>
MÉCANICIEN DE MACHINE FIXE	<input type="checkbox"/>	2AC PSYCHIATRIE	<input type="checkbox"/>
SRSAD		SOINS INTENSIFS	<input type="checkbox"/>
CONDUCTEUR DE VÉHICULES	<input type="checkbox"/>	BLOC OPÉRATOIRE	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ MATÉRIEL THÉRAPEUTIQUE	<input type="checkbox"/>	HÉMODYNAMIE	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ STÉRILISATION	<input type="checkbox"/>	HÉMODIALYSE	<input type="checkbox"/>
BLOC OPÉRATOIRE		ENDOSCOPIE	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ ENTRETIEN MÉNAGER	<input type="checkbox"/>	RADIO-ONCOLOGIE	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ SENIOR ORTHO.	<input type="checkbox"/>	CL EXTERNE CHIRURGIE	<input type="checkbox"/>
SERVICE CENTRAL MAISONNEUVE		CL EXTERNE MÉD	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ STÉRILISATION	<input type="checkbox"/>	CL EXT ONCOLOGIE	<input type="checkbox"/>
SERVICE CENTRAL RSMT		CL EXT D'OPHTALMOLOGIE	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ STÉRILISATION	<input type="checkbox"/>	CL DOULEUR	<input type="checkbox"/>
CENTRE DE RECHERCHE		CL DE RELANCE URG	<input type="checkbox"/>
AIDE DE SERVICE	<input type="checkbox"/>	UNITÉ MED FAMILIALE	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ AUX SOINS ANIMAUX	<input type="checkbox"/>	CENTRE MÉD JOUR	<input type="checkbox"/>

ORIENTATION DÉSIRÉE

Je désire être orienté(e) dans le ou les service(s) suivant(s):