

## FORMULAIRE DE DISPONIBILITÉ (CSN – CATÉGORIE 2) TEMPS SUPPLÉMENTAIRE

### SECTION A INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Numéro d'employé(e) \_\_\_\_\_

Statut \_\_\_\_\_ Titre d'emploi \_\_\_\_\_

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 temps supplémentaire : \_\_\_\_\_ jours/quinzaine

### 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](mailto: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
<b>MAISONNEUVE PRODUCTION</b>		<b>CLINIQUE EXT. CHIRURGIE</b>	
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"/>	<b>CLINIQUE EXT. OPHTALMOLOGIE</b>	
PRÉPOSÉ SERVICE ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/>	TECHNICIEN CLASSE B	<input type="checkbox"/>
AIDE ALIMENTATION	<input type="checkbox"/>	<b>RADIO-QUALITÉ</b>	
PRÉPOSÉ CAFÉTÉRIA	<input type="checkbox"/>	ASS. TECH. LAB/RX	<input type="checkbox"/>
<b>MAISONNEUVE CAFÉTÉRIA</b>		<b>RADIO-ONCOLOGIE</b>	
CAISSIER	<input type="checkbox"/>	ASS. TECH. LAB/RX	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ SERVICE ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/>	<b>PHARMACIE</b>	
AIDE ALIMENTATION	<input type="checkbox"/>	ASS. TECH. SENIOR	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ CAFÉTÉRIA	<input type="checkbox"/>	<b>PHYSIO DSM</b>	
<b>MAISONNEUVE LAVERIE</b>		PRÉPOSÉ PHYSIO/ERGO	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ SERVICE ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/>	<b>BIOCHIMIE GÉNÉRALE</b>	
AIDE ALIMENTATION	<input type="checkbox"/>	AIDE DE SERVICE	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ CAFÉTÉRIA	<input type="checkbox"/>	TECHNICIEN CLASSE B	<input type="checkbox"/>
<b>PLATEAUX</b>		<b>HÉMATOLOGIE</b>	
PRÉPOSÉ SERVICE ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/>	AIDE DE SERVICE	<input type="checkbox"/>
AIDE ALIMENTATION	<input type="checkbox"/>	<b>MICROBIOLOGIE</b>	
PRÉPOSÉ CAFÉTÉRIA	<input type="checkbox"/>	PRÉPOSÉ STÉRILISATION	<input type="checkbox"/>
<b>DISTRIB. BÉNÉF. RSMT</b>		<b>PATHOLOGIE</b>	
CAISSIER	<input type="checkbox"/>	TECHNICIEN CLASSE B	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ SERVICE ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/>	<b>SALLE D'ACCOUCHEMENT</b>	
AIDE ALIMENTATION	<input type="checkbox"/>	PRÉPOSÉ STÉRILISATION	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ CAFÉTÉRIA	<input type="checkbox"/>	<b>ENDOSCOPIE</b>	
<b>SALUBRITÉ</b>		PRÉPOSÉ STÉRILISATION	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ ENTRETIEN MÉNAGER	<input type="checkbox"/>	<b>SÉCURITÉ</b>	
<b>INSTALLATION MATÉRIEL</b>		SERRURIER	<input type="checkbox"/>
ÉBÉNISTE	<input type="checkbox"/>	<b>PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES</b>	
ÉLECTRICIEN	<input type="checkbox"/>	<b>UNITÉS/SERVICES</b>	
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"/>
<b>BUANDERIE/LINGERIE</b>		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"/>
<b>CENTRALE THERMIQUE</b>		URGENCE PSYCHIATRIQUE	<input type="checkbox"/>
MÉCANICIEN DE MACHINE FIXE	<input type="checkbox"/>	2AC PSYCHIATRIE	<input type="checkbox"/>
<b>SRSAD</b>		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"/>
<b>BLOC OPÉRATOIRE</b>		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"/>
<b>SERVICE CENTRAL MAISONNEUVE</b>		CL EXTERNE MÉD	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ STÉRILISATION	<input type="checkbox"/>	CL EXT ONCOLOGIE	<input type="checkbox"/>
<b>SERVICE CENTRAL RSMT</b>		CL EXT D'OPHTALMOLOGIE	<input type="checkbox"/>
PRÉPOSÉ STÉRILISATION	<input type="checkbox"/>	CL DOULEUR	<input type="checkbox"/>
<b>CENTRE DE RECHERCHE</b>		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):