Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval
Québec

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE QUART

Section 1 – Identification du (de la) salarié(e)	
Nom:	Prénom:
Matricule:	Titre d'emploi:
Courriel:	Téléphone:
Statut d'emploi : ☐ TC ☐ TP ☐ TPT ☐ TCT	

Section 2 – Identification du quart réclamé	
Titre d'emploi du quart réclamé :	Service du quart réclamé :
Date de l'événement du quart réclamé :	Quart réclamé : ☐ Nuit ☐ Jour ☐ Soir
Nom, Prénom du salarié qui a obtenu le quart de travail: Matricule, si connu :	
Type de quart de travail : ☐ Régulier **OU** ☐ Temps supplémentaire	
Détails de l'événement : _____ **Signature de la personne salariée** _____ **Date**	

Section 3 – À remplir par la liste de rappel

☐ La réclamation est justifiée :

MOTIF:

☐La réclamation est injustifiée :

MOTIF:

_____ **Nom de la personne responsable**

_____ **Signature**

_____ **Date***

***ATTENTION, la date inscrite doit être la date à laquelle vous avez informé par courriel la personne salariée de la réponse à son formulaire de réclamation de quart.**