



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC



DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES
SERVICE DE SÉCURITÉ
SERVICE DE GESTION DES STATIONNEMENTS

Tél. 418 656-8711, poste 5842

Courriel : IUCPQ.stationnement@ssss.gouv.qc.ca

DEMANDE D'ESPACE DE STATIONNEMENT

1. Identification de l'utilisateur	2. Catégorie
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Employé :
Prénom : _____	<input type="checkbox"/> Recherche :
N°. d'employé(e) : _____	<input type="checkbox"/> Pharmacie :
Tél. au travail : _____ poste : _____	<input type="checkbox"/> Résident (interne) :
Tél. résidence : _____	<input type="checkbox"/> Externe :
Adresse : _____	<input type="checkbox"/> Stagiaire :
	<input type="checkbox"/> Monitrice :
	<input type="checkbox"/> Thérapie respiratoire <input type="checkbox"/> Autres
	<input type="checkbox"/> Bénévole :
	<input type="checkbox"/> Fondation de l'IUCPQ-UL (demande complétée par le responsable des bénévoles de la Fondation)
	<input type="checkbox"/> Construction : Nom de l'entrepreneur : _____ (autorisation par mémo du chef de service construction-réaménagement)
	<input type="checkbox"/> Consultant ou entreprise commerciale Nom de la personne hospitalisée ou de l'entreprise :
	<input type="checkbox"/> Membre du C. A. : <input type="checkbox"/> IUCPQ-UL <input type="checkbox"/> Fondation de l'IUCPQ-UL
	<input type="checkbox"/> Autres : _____
3. Véhicule(s)	
Marque : _____	
N° de plaque : _____	
Marque : _____	
N° de plaque : _____	
4. Autorisation de déduction sur la paie	
J'autorise l'IUCPQ-UL à retenir sur mon salaire le coût pour le stationnement. Ce prélèvement sera effectif à compter de la paie du : _____	
Signature de l'employé : _____	
Date : _____	
5. Conditions et responsabilités de l'utilisateur	
Par la présente, je demande l'autorisation d'utiliser un espace de stationnement en acceptant les conditions et les règles suivantes :	
<p>a) Politique DST-612 de l'IUCPQ-UL, <i>Stationnement (Règles d'utilisation et de circulation du stationnement)</i>;</p> <p>b) Demande d'espace temporaire et pouvant être retiré pour les besoins d'opération et de développement de l'IUCPQ-UL;</p> <p>c) Aucun remboursement, sauf pour le dépôt de la carte magnétique;</p> <p>d) Aucun transfert d'espace de stationnement à un autre individu;</p> <p>e) Suspension temporaire de l'espace de stationnement → Lors d'une demande personnelle : Aucun paiement n'est demandé pendant la période de suspension. Toutefois, l'absence ne peut être inférieure à 8 semaines et supérieure à 1 an. → Lors d'une absence autorisée DRH (Ex. : maladie) : Aucun paiement n'est demandé pendant la période de suspension. Toutefois, l'absence doit être d'au moins 2 semaines.</p> <p>***Il est de votre responsabilité d'aviser le bureau de gestion du stationnement de tous arrêts et retours. *** Il n'y aura pas de remboursement.</p> <p>f) Obligation de signaler tous changements d'adresse et de numéro d'employé, de catégorie d'utilisateur et de véhicule.</p>	
Je reconnais que les renseignements fournis sont véridiques sans quoi, mon espace de stationnement est révoqué immédiatement.	
Signature de l'utilisateur : _____	Date : _____
RÉSERVÉ AU SERVICE DE GESTION DES STATIONNEMENTS	
A. Parcs de stationnement	B. Période de validation
<input type="checkbox"/> Parc A soir <input type="checkbox"/> Parc B soir	Période demandée : _____
<input type="checkbox"/> Parc A <input type="checkbox"/> Parc B <input type="checkbox"/> Parc C <input type="checkbox"/> Parc E	Date de début : _____
<input type="checkbox"/> Casier Vélo # _____	Date de fin : _____
C. Carte(s) magnétique(s)	D. Modalité de paiement
# _____ # _____ # carte(s) magnétique(s) remise(s)	<input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Paiement direct/carte crédit
# _____ \$ _____ Clé (s) de vélo Vestiaire : _____ \$	<input type="checkbox"/> Déduction sur la paie (avec signature au point 4)
_____, _____ Dépôt pour carte(s) magnétique(s)	_____, _____ \$ Montant reçu pour stationnement
_____, _____ \$ TOTAL DU MONTANT REÇU (DÉPÔT DE LA CARTE + STATIONNEMENT)	