



**MESURE POUR CHANGEMENT DE QUART DE TRAVAIL DE JOUR (OU DE ROTATION)  
VERS UN QUART DE TRAVAIL DE SOIR OU DE NUIT**  
**Formulaire d'engagement**

**Période d'inscription : à partir du 23 septembre 2021 pour une période de quatre semaines  
(renouvelable par la complétion d'un nouveau formulaire)**

**IDENTIFICATION DU CANDIDAT**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Numéro d'employé : \_\_\_\_\_

Montant forfaitaire de 2 000 \$ pour la personne salariée travaillant de jour ou sur des quarts de rotation qui s'engage à travailler à temps complet pour une période de quatre semaines consécutives sur le quart de travail de soir ou de nuit.

- Les heures effectivement travaillées correspondent aux heures régulières auxquelles sont ajoutés les jours fériés, excluant les heures supplémentaires.
  - Prendre note que le congé de nuit est une absence pénalisante et fait perdre le droit au montant forfaitaire de 2 000 \$.
- Aucun prorata n'est applicable pour cette mesure.

**Engagement**

Je m'engage, à titre de **personne salariée**, à respecter mon horaire à temps complet sur le quart de travail de soir ou de nuit pour une période de quatre semaines.

Période d'application demandée \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**ET**

Je comprends que tout congé, à l'exclusion d'un jour férié, annulera le versement du montant forfaitaire de 2 000 \$.

Je, soussigné(e), déclare avoir lu et compris l'ensemble des informations du présent engagement :

Signature du candidat :

Date :

Période d'application accordée par l'employeur :

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Signature de la personne représentante de l'établissement de santé et de services sociaux

Retourner le formulaire à l'adresse courriel [iucpq.drh@ssss.gouv.qc.ca](mailto:iucpq.drh@ssss.gouv.qc.ca).

**Réservé à la DRHC**

Reçu le : \_\_\_\_\_

Saisie de l'information : \_\_\_\_\_

Supérieur immédiat avisé

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_