GROUPE CAMBI
SERVICES ET SOINS PRÉHOSPITALIERS

DEMANDE DE CONGÉ SANS SOLDE / ARTICLE 22

☐ CAMBI ☐ AMBULANCE DE RIMOUSKI ☐ AMBULANCE MICHEL CREVIER

Indentification de l'employé	
Nom et prénom :	Date de la demande :
Statut : ☐ Temps complet ☐ Temps partiel	Syndicat : ☐ FPHQ ☐ TASBI

Congé sans solde partiel *La date de début doit correspondre au début d'une période de paie.

Durée du congé sans solde partiel : Du _____ (dimanche) au _____ (samedi)

		Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
Ce congé partiel sans solde ne peut être supérieur à vingt-quatre (24) heures de travail rémunéré par semaine.	Cochez le(s) jour(s) de congé sans solde : (si connu)							
	Sem 1 :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Sem 2 :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Congé sans solde complet

Durée du congé sans solde complet : Du _____ au _____

Type de congé sans solde

☐ (4 sem. et -) Art. 22.01	☐ (12 sem.) Art. 22.03	☐ Enseignement[1] Art. 22.08	☐ Forces Canadiennes[1] Art. 22.13
☐ (4 sem. et +) Art. 22.02	☐ Études[1] Art. 22.05	☐ Région éloignée[1] Art. 22.11	☐ Compassion Art. 22.15

[1] **Preuve obligatoire** Votre demande sera traitée lorsque votre preuve sera acheminée à rh@cambi.ca

Confirmation de l'employé

☐ **En cochant, je confirme ma demande de congé sans solde.**

CLIQUEZ SUR L'ICÔNE «SOUMETTRE» APRÈS AVOIR COMPLÉTÉ CE FORMULAIRE ÉLECTRONIQUEMENT AFIN DE LE FAIRE PARVENIR AU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES.

Soumettre

Autorisation des Ressources Humaines *Section réservée à l'employeur*

☐ Demande acceptée selon les paramètres demandés
☐ Demande acceptée selon les paramètres suivants : _____
☐ Demande refusée

Signature représentant RH : _____ Date d'autorisation : _____

485, boul. Renault, C.P. 5128, Beauceville (Québec) G5X 3P5
Téléphone : (418) 774-5199 • 1 800 463-8847
Télécopieur : (418) 774-9899
www.cambi.ca