

AUTORISATION DE TEMPS SUPPLÉMENTAIRE

NOM	PRÉNOM
EMPLOI	MATRICULE

MOTIF DE LA DEMANDE DE TEMPS SUPPLÉMENTAIRE

.....

.....

.....

.....

TEMPS SUPPLÉMENTAIRE

DATE	NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES	CALCUL DU SALAIRE X 1½	CALCUL DU SALAIRE X 2
	 X 1.5 = X 2 =

TRAITEMENT DU TEMPS SUPPLÉMENTAIRE

<input type="checkbox"/> JE DÉSIRE ÊTRE PAYÉ POUR CE TEMPS	<input type="checkbox"/> JE DÉSIRE PRENDRE CONGÉ POUR CE TEMPS
LE TEMPS OÙ LE CONGÉ SERA PRIS A ÉTÉ CONVENU <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ÉTABLISSEMENT OU SERVICE

DIRECTION GÉNÉRALE

SERVICE DES RESSOURCES ÉDUCATIVES (SECTEUR DES ADULTES)

SERVICE DES RESSOURCES ÉDUCATIVES (SECTEUR DES JEUNES)

SERVICE DES RESSOURCES FINANCIÈRES

SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

SERVICE DES RESSOURCES MATÉRIELLES

SERVICE DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

ÉTABLISSEMENT : (préciser)

Signature de l'employé(e)

Date

Signature du supérieur immédiat

Date

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE AU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES