



DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE SALAIRE ET DE PRIMES

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
Numéro Rue Ville Code postal

Établissement : _____ Tél. Résidence : (_____)

*Échelon : _____ *Ancienneté : _____ *Années de service : _____ *Titre d'emploi : _____
 *Statut : TC _____ TP _____ *Quart : Jour _____ Soir _____ Nuit _____ *Horaire : 7h _____ 7.25h _____ 7.50h _____ Autre(s) _____

N.B. -Veuillez nous envoyer un talon de paie à chaque 1^{er} avril et dès que vous avez un changement de statut.
 -Ne pas excéder 6 mois pour vos demandes.
 -Pour un dépôt direct de votre remboursement, veuillez nous envoyer un spécimen de chèque.
 -* **Champs obligatoires** afin d'avoir votre paiement.

DEMANDE POUR LE MOIS DE : _____ ANNÉE : _____
 SUJET #1 : _____ #4 : _____
 #2 : _____ #5 : _____
 #3 : _____ #6 : _____

DATE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SUJET (inscrire #)																															
RAISON DE DEMANDE																															
Temps partiel non prévu																															
Congé férié																															
Congé hebdomadaire																															
Autre(s)																															
PRIMES																															
Garde _____%																															
Orientation _____%																															
Psychiatrie _____%																															
Rotation _____%																															
Fin de semaine _____%																															
Soins critiques _____%																															
Soins critiques Majorée _____%																															
Soir _____%																															
Soir Majorée _____%																															
Nuit _____%																															
Nuit Majorée _____%																															
Statut particulier Outaouais _____%																															
Autre(s) : _____%																															
SUPP. SALARIAUX																															
Exécutif (régional)																															
Remplacement inf-chef _____%																															
Formation post-scolaire _____%																															
Non chevauchement 2%																															
Autre (s) : _____%																															

Je déclare que ces renseignements sont exacts et je m'engage à rembourser Les PSSU si l'employeur paie mon salaire pour cette activité.

Signature : _____ Date : _____
 Vérifié par : _____ Approuvé par : _____
Date Payé le : Date