



## FORMULAIRE D'AUTORISATION D'ABSENCE

Demande  
 Modification

|           |                  |   |  |
|-----------|------------------|---|--|
| Nom :     | Prénom :         | N° d'employé :                              | Statut :<br>PTC <input type="checkbox"/> TCT <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/><br>PT <input type="checkbox"/> OCC <input type="checkbox"/> |
| Service : | Titre d'emploi : | N° de téléphone : _____<br>Courriel : _____ |  |

### ABSENCE DE 30 JOURS ET MOINS

**Transmettre la demande d'absence de 30 jours et moins par télécopieur au 418-656-4783**

|   |   |  |                     |
|---|---|--|---------------------|
| PÉRIODE DE L'ABSENCE  |   | Date de début : _____                            | Date de fin : _____ |
| <input type="checkbox"/> Paternité* (5 jours)                         | <input type="checkbox"/> Visite médicale pour grossesse | <input type="checkbox"/> Mariage*                |                     |
| <input type="checkbox"/> Décès* : Date _____<br>Lien de parenté _____ | <input type="checkbox"/> Vacances fractionnées          | <input type="checkbox"/> Maladie motif personnel |                     |
|   | <input type="checkbox"/> Sans solde ponctuel            | <input type="checkbox"/> Autres : _____          |                     |
| <input type="checkbox"/> Formation - Titre : _____                    | Date : _____  | Ou : du _____ au _____                           |                     |
|   | Nombre d'heures : _____                                 | Durée : _____ heures à _____ heures              |                     |

### ABSENCE DE PLUS DE 30 JOURS

**Transmettre la demande d'absence de plus de 30 jours à l'adresse courriel suivante :  
[iucpq.avantages.sociaux@ssss.gouv.qc.ca](mailto:iucpq.avantages.sociaux@ssss.gouv.qc.ca)**

| TYPE D'ABSENCE À TEMPS COMPLET   | TYPE D'ABSENCE À TEMPS PARTIEL  | JOURNÉES DE TRAVAIL PRÉVUES                                   |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |        |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|--|---|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <p><b><u>Avec solde</u></b></p> <input type="checkbox"/> Congé à traitement différé<br><input type="checkbox"/> Maternité<br><input type="checkbox"/> Adoption*<br><input type="checkbox"/> Paternité* (5 semaines)<br><input type="checkbox"/> Autre : _____  | <input type="checkbox"/> Partiel pour études*<br><input type="checkbox"/> Retraite progressive<br><input type="checkbox"/> Partiel sans solde<br><input type="checkbox"/> Partiel pour enseignement*<br><input type="checkbox"/> Autre : _____  | N°RE DE JOURS DE TRAVAIL PAR<br>PÉRIODE DE 2 SEMAINES : _____ |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |        |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
| <p><b><u>Sans solde (remplir le formulaire de DPA au verso)</u></b></p> <input type="checkbox"/> Congé responsabilité familiale*<br><input type="checkbox"/> Enseignement* (Les banques seront soldées) <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> Récupération scolaire<br><input type="checkbox"/> Études* (Les banques seront soldées) <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> Congé parental<br><input type="checkbox"/> Congé sans solde (Les banques seront soldées) <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> Congé nordique* (Les banques seront soldées) <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> Autre : _____ | <p style="text-align: center;"><b>JOURNÉES DE CONGÉ (À TITRE INDICATIF)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Sem. 1</td> <td style="width: 5%;">D <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 5%;">L <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 5%;">M <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 5%;">M <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 5%;">J <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 5%;">V <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 5%;">S <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sem. 2</td> <td>D <input type="checkbox"/></td> <td>L <input type="checkbox"/></td> <td>M <input type="checkbox"/></td> <td>M <input type="checkbox"/></td> <td>J <input type="checkbox"/></td> <td>V <input type="checkbox"/></td> <td>S <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Remarque :<br/>           - Pensez à modifier vos disponibilités à la liste de rappel, s'il y a lieu<br/>           - Pour les ententes de retraite progressive et de régime à traitement différé : il est entendu que l'ensemble des dispositions prévues à l'article sur le régime de congé à traitement différé de la convention collective présentement en vigueur fait partie intégrante du présent contrat.</p> |   | Sem. 1                     | D <input type="checkbox"/> | L <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | J <input type="checkbox"/> | V <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | Sem. 2 | D <input type="checkbox"/> | L <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | J <input type="checkbox"/> | V <input type="checkbox"/> |
| Sem. 1   | D <input type="checkbox"/>  | L <input type="checkbox"/>                                    | M <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | J <input type="checkbox"/> | V <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> |                            |                            |                            |        |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
| Sem. 2   | D <input type="checkbox"/>  | L <input type="checkbox"/>                                    | M <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | J <input type="checkbox"/> | V <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> |                            |                            |                            |        |                            |                            |                            |                            |                            |                            |

\* Les congés marqués d'un « astérisque » doivent obligatoirement être accompagnés d'une pièce justificative. Voir détails au verso.

| PÉRIODE DE L'ABSENCE     |                      | DURÉE DU RÉGIME À TRAITEMENT DIFFÉRÉ (DÉBUT DE PÉRIODE DE PAIE) |                      |         |
|--------------------------|----------------------|---|----------------------|---------|
| Date de début (dimanche) | Date de fin (samedi) | Date de début (dimanche début de paie)                          | Date de fin (samedi) | _____ % |

**SIGNATURE OBLIGATOIRE – employé** Date : \_\_\_\_\_

### CHOIX « OBLIGATOIRES » – ASSURANCES ABSENCE À TEMPS COMPLET DE + DE 30 JOURS

Indiquez si vous maintenez :

1) Votre régime d'assurance de base seulement (obligatoire)

2) Toutes les garanties détenues SELON VOTRE APPARTENANCE SYNDICALE

Quelle que soit l'option choisie, vous devez obligatoirement acquitter vos cotisations d'assurance collective.  
VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA) AU VERSO DU PRÉSENT FORMULAIRE

| APES ou SIQ   | SCFP   | APTS   |
|---|--|--|
| 1) Médicaments<br>2) Maladie complémentaire, dentaire, vie et salaire | 1) Médicaments, assurance voyage, hospitalisation<br>2) Maladie complémentaire, dentaire, vie, salaire | 1) Maladie base, intermédiaire, supérieur<br>2) Dentaire, vie, salaire |

3) Suspension de toutes les garanties détenues (si exemption du régime de base médicament)

### SIGNATURES OBLIGATOIRES GESTIONNAIRES

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ABSENCE AUTORISÉE <input type="checkbox"/> ABSENCE REFUSÉE | BESOIN DE REMPLACEMENT : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| RAISON DU REFUS : _____   |  |

Date : \_\_\_\_\_ Signature – Supérieur immédiat

Est-ce que les modalités d'obtention du congé ont été respectées? Oui  Non

Motifs du non-respect : \_\_\_\_\_

Traité par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### \*PIÈCES JUSTIFICATIVES DEMANDÉES PAR TYPE DE CONGÉ

- **PATERNITÉ** : Preuve de naissance
- **MARIAGE** ou union civile : document officiel sur le site Internet : Directeur de l'état civil, page : <http://www.etatcivil.gouv.qc.ca/fr/formulaires-publications.html>
- **DÉCÈS** : copie de l'avis de décès ou billet de présence remis par l'entrepreneur funéraire
- **ADOPTION** : confirmation avec date d'adoption et nom de l'employé.
- **COMPASSION OU FAMILIAL** : billet du médecin justifiant le congé demandé
- **ÉTUDES** : pièces justificatives doivent indiquer :
  - nom ou code permanent de l'employé
  - programme d'études (ou les cours si en soins infirmiers),
  - statut ou nombre de crédits durant la session,
  - date de début et de fin des cours suivis
- **RÉGION NORDIQUE** : confirmation d'embauche avec date de début et de fin.

#### **1 Avis important :**

Prendre note que pour ces congés, les sommes dues, les banques de fériés non pris, les banques de vacances ainsi que banques de temps seront soldées. Sur demande de l'employé, l'avance de paie est remise au retour du congé.

Aucun congé ne sera accordé sans les pièces justificatives conformes

#### **STATIONNEMENT IMPORTANT**

Prendre note que vous devez faire vous-même une demande de suspension de votre carte de stationnement au début de votre congé s'il y a lieu. Pour ce faire, vous devez remplir le formulaire «Demande de résiliation ou de suspension volontaire du permis de stationnement» disponible sur le site Internet de l'Institut à l'adresse suivante : <http://iucpq.qc.ca/stationnement> ou au bureau de gestion des stationnements.

### **FORMULAIRE D'ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)**

J'autorise l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (l'Institut) et l'institution financière désignée à déduire de mon compte bancaire, le dernier vendredi de chaque période financière, les montants exigibles pour maintenir mon assurance collective et/ou ma contribution syndicale et/ou autre déduction mentionnée ici-bas.

L'Institut devra obtenir mon autorisation pour tout autre DPA ponctuel ou sporadique. Si un DPA n'était pas conforme au présent accord, j'aurais droit au remboursement de tout DPA non autorisé ou non compatible avec le présent accord.

Afin de résilier ou de modifier cette autorisation, un préavis doit être transmis à l'Institut au moins dix (10) jours ouvrables avant la date prévue du prochain DPA.

#### **Identification de l'employé**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ No employé. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

Téléphone (bur.) : \_\_\_\_\_ (rés.) : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

#### **Identification de l'institution financière**

Même institution que le dépôt bancaire de ma paie.

Sinon : Joindre un spécimen de chèque avec la mention « ANNULÉ » et remplir la section ci-dessous

Nom de l'institution : \_\_\_\_\_

No de l'institution : \_\_\_\_\_ No de transit : \_\_\_\_\_

No de compte à débiter : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

Signature de l'employé \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Transmettre à : CIUSSSCN, Service de la paie, Local M-6425-AC, 2601 Chemin de la Canardière, Québec, (Québec), G1V 2J3  
ou par courriel à [paie.iucpq@sss.gouv.qc.ca](mailto:paie.iucpq@sss.gouv.qc.ca)

Section réservée à l'employeur

**Pour toute absence jusqu'à votre date de retour au travail.**

**Débit préautorisé approximatif pour:**

|                 | Ass. collective <input type="checkbox"/> | Syndicat <input type="checkbox"/> | Autre <input type="checkbox"/> | TOTAL |
|-----------------|--|-----------------------------------|--------------------------------|-------|
| \$ / 4 semaines |  |                                   |                                |       |

Mise à jour 5 mai 2020/MP