

PERSONNEL PROFESSIONNEL
PROGRAMME VOLONTAIRE DE RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL (PVRTT)

*La présente est sujette aux conditions prévues à l'article 8-11.00
de la convention collective du personnel professionnel.*

NOM DE L'EMPLOYÉ : _____

SERVICE : _____

FORME DE RÉDUCTION :

- A 3 heures de réduction par semaine et répartition du travail sur quatre (4) jours
- B 7 heures de réduction à chaque période de deux (2) semaines
- C 7 heures de réduction à chaque semaine
- D Autre option (Veuillez préciser) : _____

HORAIRE DE TRAVAIL (veuillez spécifier)

	SEMAINE # 1		SEMAINE # 2	
	DÉBUT	FIN	DÉBUT	FIN
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				

DATE DE DÉBUT DE L'ADHÉSION: _____

DATE DE FIN DU PROGRAMME : _____

Si changement, le nouvel horaire débute le : _____

Signature de l'employé(e)

Signature du supérieur immédiat

Date : _____

Date : _____

*Veuillez retourner ce formulaire à la Direction des ressources humaines
Au plus tard le 30 avril de l'année de votre adhésion au programme.*