

PERSONNEL DE SOUTIEN

PROGRAMME VOLONTAIRE DE RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL (PVRTT)

1. NOM DE L'EMPLOYÉ : _____

SERVICE / DÉPARTEMENT : _____

2. FORME DE RÉDUCTION

A 3 h sans solde/semaine et répartition du travail sur 4 jours (**Personnel administratif**)

3.75 h sans solde/semaine et répartition du travail sur 4 jours (**Personnel ouvrier**)

B 1 congé sans solde aux deux (2) semaines

E Autre formule, précisez : _____

3. HORAIRE DE TRAVAIL

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

4. DATE DE DÉBUT DE L'ADHÉSION AU PROGRAMME :

5. DATE DE FIN DE PARTICIPATION AU PROGRAMME :

Si changement, le nouvel horaire débute le : _____

La présente est sujette aux conditions prévues à l'entente dudit programme signée entre le Collège et le Syndicat.

Signature du salarié

Signature du supérieur immédiat

Date : _____

Date : _____