



Modifications temporaires des horaires de travail

Procédu 490.7 68i8.22 T.2]5 E#†tBy.° U D—5,""y.5 ; €S

[Z v %œ Àµ X
 > œ v}µÀ oo u vš [µv vš vš u}]() š}}v š u%œ }œ]œ [Z}œ]œ
 le conseiller des RH et le superviseur immédiat.

Après discusš}}v š vš vš o[Z o}v µ }œ %œ • %œ }œ (••}œ o }µ • %œ œ š
 le superviseur immédiat traiteront la demande dans Workday.

hv }%œ] o[vš vš u}]() š}}v š u%œ }œ]œ [Z}œ]œ , šœ À]o
 •[]o Ç o] µX



2. PROCÉDURE

Employé:

1. Passez en revue [la politique](#) or consultez votre [convention collective](#)
2. Passez en revue le tableau d'incidences sur les conditions de travail et les avantages sociaux (page 3).
3. Discutez avec votre conseiller des RH pour tout renseignement supplémentaire.
4. Communiquez avec le conseiller des RH pour tout renseignement supplémentaire.
5. Envoyez le formulaire rempli par courriel à votre conseiller des RH et à votre superviseur immédiat.
6. Votre superviseur immédiat vous dira si votre demande a été approuvée ou refusée.

Superviseur:

1. Passez en revue [la politique](#).
2. Déterminez si la demande est appropriée et discutez avec votre superviseur immédiat.
3. Consultez votre conseiller des RH pour comprendre les politiques et les pratiques liées au processus.
4. Communiquez votre décision à votre employé et au conseiller des RH.
5. Si la demande est approuvée, effectuez un changement de poste dans Workday. Reportez-vous à la page 17 de p



3. INCIDENCES SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL/AVANTAGES SOCIAUX

CONDITIONS DE TRAVAIL/AVANTAGES SOCIAUX	INCIDENCE
---	-----------



20	Placement/transition	Si, pendant la période visée par [v š v š U o o [u % o } Ç • š } o] U o [Z } Œ] Œ š C i μ • < μ [< μ o [u % o } Ç • }] š ((š poste.
----	----------------------	---

4. FORMULAIRE



Signature	
Nom et signature du superviseur (si approuvé)	
Nom et signature du conseiller des RH (si approuvé)	
Date:	
Envoyez ce formulaire par courriel à votre superviseur immédiat et à votre conseiller des RH.	