

Bureau syndical : _____

Agente syndicale : _____

AIDE-MÉMOIRE – DÉPLACEMENT

Nom : _____

Matricule : _____

Titre d'emploi : _____

Centre d'activité : _____

Poste : _____

grief : _____

1. Informations sur le déplacement :

Date du déplacement: _____

Quart de travail modifié : _____

CA origine : _____ CA destination : _____

Est-ce que la première fois que vous vivez ce déplacement?

Oui

Non, précisez : _____

Durée du déplacement : _____

Avisé le _____ (date) à _____ heures, par : _____

Déplacement :

Volontaire (pas de grief à déposer)

Obligatoire

2. Quelles sont les raisons invoquées par l'Employeur pour justifier le déplacement :

Article 5, précisez : _____

COVID-19

Autre, précisez : _____

3. Selon vous, est-ce que l'Employeur a eu recours à la liste de disponibilité avant d'avoir recours au déplacement?

Oui

Non

4. Est-ce que l'Employeur a eu recours au tour de rôle pour le TS volontaire avant de vous déplacer?

Oui

Non

5. Avez-vous déjà travaillé dans le centre d'activité sur lequel vous êtes déplacé?

Oui

Non

6. Êtes-vous orienté/ formé pour travailler dans ce centre d'activités?

Orientation Oui

Formation Oui

Non

Non

Si oui, Selon vous, est-ce manque d'orientation et/ou formation a eu un impact sur la qualité et la sécurité des soins aux patients?

Oui, précisez _____

Non

7. Autres informations complémentaires : _____
