*SYNDICAT RÉGIONAL DES PROFESSIONNELLES EN SOINS DU QUÉBEC*

5630, rue Hochelaga, Montréal (Québec) H1N 3L7

Téléphone (514) 379-6030 \* Télécopieur : (514) 379-3141

Courriel : [information@srpsq.org](mailto:information@srpsq.org) \* [www.srpsq.org](http://www.srpsq.org)

RÉCLAMATION DE SALAIRE

**Les réclamations de salaire doivent être faites au plus tard quarante-cinq (45) jours après l’activité.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ÉCHELON : |  | | STATUT : | Infirmière : □ | Clinicienne : □ | Inf-aux : □ |  | |
|  |  | |  | Jour : □ | Soir : □ | Nuit : □ | TALON DE PAIE JOINT □ | |
| TAUX HORAIRE : | |  | |  |  |  | HORAIRE DE TRAVAIL JOINT□ | |
|  |  |  |  |  | ANCIENNETÉ : | 0-5 ANS : □ | 5-10 ANS : □ | 10 ANS ET PLUS : □ |

VEUILLEZ INSCRIRE LE NOMBRE PRIMES RÉCLAMÉES

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATE | DESCRIPTION DE L’ACTIVITÉ | HEURES  RÉCLAMÉES | PRIME  SOIR | PRIME  NUIT | PRIME  FDS | PRIME  AUTRES | DESCRIPTION |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL : | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IDENTIFICATION | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | No assurance sociale : | | | | |  | | | | |
| Nom : |  | | | | | Date de naissance : | | | |  | | | | | |
| Adresse complète : | | |  | | | Nom de l’établissement : | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | Tél. (travail) : | |  | | | | | Tél. (rés.) : | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | Signature : |  | | | | | | | | |
|  | | | | | |  |  | | | | | | | | |
| ESPACE RÉSERVÉ À LA COMPTABILITÉ | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE : | |  | | CHÈQUE : |  | | | | MONTANT APPROUVÉ : | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |