*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 \* [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 | HEURESRÉCLAMÉES | PRIMESOIR | PRIMENUIT | PRIMEFDS | PRIMEAUTRES | 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 : |  |
|  |