Le **Syndicat** des **infirmières, inhalothérapeutes** et **infirmières auxiliaires** de **Laval** (**CSQ**)

Accommodement

Niveau : Responsable locale

NOM :	PRÉNOM :
Matricule :	Quart de travail ☐ jour ☐ soir ☐ nuit
Titre d'emploi :	T. complet : ☐ Partiel : ☐ /28
Superviseur :	
Établissement :	
Centre d'activités (département/unité/service) :	
Actuellement en assignation (remplacement) ? ☐ OUI ☐ NON Si oui, où :	
DATE :	TÉL. :
Conseiller au dossier : ☐ Francis Gilbert ☐ Liudmila Sempered ☐ Mathieu Riendeau	

1. Est-ce en lien avec une condition médicale ? Si oui, laquelle ? : ☐ **OUI** ☐ **NON** _____
2. Est-ce que l'employeur est au courant ? Si non, pourquoi ? : ☐ **OUI** ☐ **NON** _____ *** Aviser la membre qu'il serait souhaitable qu'elle avise sa gestionnaire de son besoin d'accommodement.
3. Obtenir l'essentiel de la demande d'accommodement.

Le **Syndicat** des **infirmières, inhalothérapeutes** et **infirmières auxiliaires** de **Laval** (**CSQ**)

Note :

Une fois rempli, faire parvenir dès que possible le présent document, ainsi que toute documentation remise lors de la rencontre, par courriel à relationsdutravail@siiial.com ou par télécopieur au (450) 686-6012.