

FORMULAIRE D'INDEMNITÉ DE TRAVAIL DÉSAGRÉABLE

Nom : _____ Fiche de paye N°: _____

Titre du poste: _____

Poste N° _____ Échelon : _____

Service: _____ Ministère: _____

Je réclame par la présente l'indemnité de travail désagréable pour les heures de travail indiquées ci-dessous:

Date	Du	Au	Description du travail	Heures
Total				

Signature du requérant : _____ Date: _____

Signature du superviseur: _____ Date: _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR DU SERVICE

L'indemnité du travail désagréable équivaut à 50% supplémentaire de travail effectué par heure

- Taux horaire normal: _____ VT divisé par 2 = _____ VT supplémentaire par heure pendant la durée du travail désagréable.

Imputation sur le chapitre: _____

Directeur: _____ Signature: _____

Service: _____ Date: _____

LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI DOIT CHAQUE MOIS ÊTRE SOUMIS DIRECTEMENT AU SERVICE DES FINANCES OU À L'AGENT DES RH DU MINISTÈRE SI ON Y SAISIT LES DONNÉES SUR LES FEUILLES DE SALAIRE.