



SUIVI DES AFFICHAGES DE POSTE D'OUVRIÈRES ET D'OUVRIERS SPÉCIALISÉ-ES

Questionnaire à remplir lors de chaque affichage de poste d'ouvrier spécialisé, tant pour les titres d'emploi éligibles à la prime de 10 % que pour ceux n'y ayant pas droit. Certaines données peuvent être difficiles à obtenir. Veuillez toutefois répondre à un maximum de questions selon les informations disponibles.

1. NOM COMPLET DU SYNDICAT :

Exemple : « Syndicat des travailleuses et des travailleurs du Lieu de travail XYZ »

2. NUMÉRO DE SYNDICAT CSN :

Les numéros de syndicats CSN doivent tous être sous la forme suivante : « 12-34-567 »

3. SECTEUR :

- Santé et services sociaux

4. TITRE D'EMPLOI SUR L'AFFICHAGE :

5. NUMÉRO D'AFFICHAGE :

6. POSTE :

- Temps complet
 Temps partiel régulier
 Liste de rappel
 Surcroît temporaire

7. QUART DE TRAVAIL :

- Jour
 Soir
 Nuit
 Rotation

8. COMBIEN DE SEMAINES LE POSTE A-T-IL ÉTÉ AFFICHÉ (AFFICHAGE ET RÉAFFICHAGES INCLUS)?

9. PÉRIODE DE L’AFFICHAGE :

Du : _____ Au : _____

10. COMBIEN DE PÉRIODES DE RÉAFFICHAGE ONT-ELLES ÉTÉ NÉCESSAIRES?

11. L’AFFICHAGE DE POSTE INDIQUAIT-IL LA PRIME DE 10%?

- Oui
- Non

12. NOMBRE (APPROXIMATIF) DE CANDIDATURES REÇUES :

13. LE POSTE A-T-IL ÉTÉ COMBLÉ?

- Oui
- Non

SI OUI, INDIQUEZ L’ÂGE (APPROXIMATIF) DE LA CANDIDATE OU DU CANDIDAT RETENU :

LA CANDIDATE OU LE CANDIDAT PROVENAIT-IL DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ?

- Public
- Privé

LE CANDIDAT RETENU RÉPOND-IL AUX EXIGENCES NORMALES DU POSTE?

- Oui
- Non

14. S’AGIT-IL DE LA CRÉATION D’UN NOUVEAU POSTE?

- Oui
- Non

SI NON, VEUILLEZ INDIQUER LA RAISON DU DÉPART DU TITULAIRE DE POSTE PRÉCÉDENT?

- Départ à la retraite
âge approximatif de la personne ayant quitté : _____
- Départ pour un emploi dans un autre secteur (privé)
âge approximatif de la personne ayant quitté : _____
- Départ pour un emploi dans un autre secteur (public)
âge approximatif de la personne ayant quitté : _____
- Changement de poste au sein du même établissement
- Congé autorisé par la convention collective
- Autre
veuillez préciser : _____

15. AUTRES COMMENTAIRES :

Veuillez retourner chaque formulaire rempli à l’adresse infoccspp@csn.qc.ca ou par télécopieur au 514 529-3701