



## 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](mailto:infoccspp@csn.qc.ca) ou par télécopieur au 514 529-3701