



Liste des participants au Plan de travail partagé

Si l'unité affectée compte plus de 7 personnes, photocopiez cette page pour ajouter les noms supplémentaires.
 Si vous avez plus d'une unité affectée, photocopiez cette page et remplissez-la pour chacune des autres unités.

Nom de l'employeur et adresse du lieu de travail	Numéro d'immatriculation de l'employeur	Date
--------------------------------------------------	-----------------------------------------	------

Nom de l'unité affectée :

Pourcentage de réduction proposé¹ :

Prénom de l'employé	MI	Nom de l'employé	Numéro de sécurité sociale de l'employé	Heures de travail normales ²	Cet employé travaille-t-il pour vous dans le cadre d'un emploi saisonnier, temporaire ou intermittent ? (Oui ou Non)	Travailleur à la tâche (Oui ou Non)	Nom du syndicat et Numéro local ³	Date de début effectif du travail partagé ⁴
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								

Nombre de salariés dans l'unité affectée : _____

Nombre de salariés en travail partagé : _____

¹ Pas moins de 20 % et pas plus de 60 %

² Pas plus de 40 heures par semaine

³ Si l'employé est membre d'un syndicat, l'agent de négociation collective compétent doit donner son accord (point 14)

⁴ Nécessaire uniquement en cas de modification d'un régime existant