



**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 proposé<sup>1</sup> :**

Prénom de l'employé	MI	Nom de l'employé	Numéro de sécurité sociale de l'employé	Heures de travail normales <sup>2</sup>	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 <sup>3</sup>	Date de début effectif du travail partagé <sup>4</sup>
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								

Nombre de salariés dans l'unité affectée : \_\_\_\_\_

Nombre de salariés en travail partagé : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Pas moins de 20 % et pas plus de 60 %

<sup>2</sup> Pas plus de 40 heures par semaine

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

<sup>4</sup> Nécessaire uniquement en cas de modification d'un régime existant