**année de référence : du 1er mai au 30 avril**

L’Entente visant la modification temporaire de l’horaire de travail, établie pour offrir plus de souplesse pour répondre aux besoins des départements et des employés, peut s’appliquer pour les membres de l’unité de négociation de M.U.N.A.C.A. PSAC.

1. Les conditions de cette entente sont temporaires. Elles peuvent être renouvelées avant le 30 avril de chaque année. La période de référence de 12 mois pour une Entente visant la modification temporaire de l’horaire de travail, d’une durée de 12 mois, s’étend du 1er mai au 30 avril.
2. Le doyen, le directeur ou l’administrateur en chef doit revoir chaque année les conditions existantes qui peuvent faire l’objet d’un renouvellement, de même que toute nouvelle demande pour une Entente visant la modification temporaire de l’horaire de travail.
3. Une fois que la demande a été étudiée et acceptée par la faculté ou le département, le conseiller ou le représentant des ressources humaines doit l’envoyer au plus tard le 1er avril afin qu’elle soit révisée avant le 1er mai.
4. Toute modification ou prolongation d’une Entente visant la modification temporaire de l’horaire de travail doit être examinée par le doyen, le directeur ou l’administrateur en chef, et une nouvelle lettre d’entente doit être complétée et signée.
5. Si l’Entente visant la modification temporaire de l’horaire de travail est un prélude à l’abolition d’un poste, les dispositions de la politique relative à la sécurité d’emploi doivent être respectées. Dans l’éventualité où l’employé dont le poste est aboli est affecté à un nouveau poste, l’horaire de travail relatif à ce nouveau poste s’applique.

Les demandes doivent être envoyées directement à [adminapprovals.hr@mcgill.ca](mailto:adminapprovals.hr@mcgill.ca) avec une copie à [info@munaca.com](mailto:info@munaca.com).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Conditions de travail / Avantages sociaux** | | **Incidence** |
| 1 | Salaire | Salaire annuel établi au prorata. |
| 2 | Heures supplémentaires | Les crédits des heures supplémentaires ne seront accumulés, le cas échéant, que pour les heures travaillées en plus des heures normales de travail pour la classification du poste. |
| 3 | Augmentation de salaire | Les augmentations de salaire normales s’appliquent. |
| 4 | Régimes de santé et de soins dentaires | Aucun changement |
| 5 | Pensions | Se fonde sur le salaire réduit. |
| 6 | Assurance-vie | Se fonde sur le salaire réduit. |
| 7 | Invalidité de courte durée | Se fonde sur le salaire réduit. |
| 8 | Invalidité de longue durée | Se fonde sur le salaire réduit. |
| 9 | Maladie imprévue | Établi au prorata |
| 10 | CSST | Se fonde sur le salaire réduit. |
| 11 | Congé de maternité | Se fonde sur le salaire réduit. |
| 12 | Vacances | Établi au prorata |
| 13 | Vendredis d'été | Établi au prorata |
| 14 | Congés personnels | Établi au prorata |
| 15 | Congés mobiles (*le cas échéant*) | Établi au prorata |
| 16 | Jours fériés | L’employé a droit à des jours fériés calculés au prorata (pourcentage de l’horaire à plein temps). |
| 17 | Possibilités de transfert/d’avancement | Aucun changement. |
| 18 | Heures de travail | Si l’employé est muté à un nouveau poste, une fois en poste l'horaire de travail relatif à ce nouveau poste s’applique. |
| 19 | Crédit de service | Établi au prorata |
| 20 | Placement/Transition | Si le poste de l’employé est aboli au cours de la période de l’entente, l’horaire de travail demeurera en vigueur jusqu’à ce que l’employé soit affecté à un nouveau poste. |

Cette lettre vise à confirmer l’accord de l’Université à votre demande pour une entente de travail temporaire. **Cette entente peut faire l’objet d’un renouvellement annuel le 1er mai de chaque année.**

**Nom de l’employé et code** :       / **Numéro d’identification** :    **-**     **-**

**Faculté:**       **Titre du PED:**      

**Code de poste Banner:**      , **PED**:    , **Niveau :**    **Code du grade de l’échelle salariale :** DD-

1. A compter du 1 mai **OU**       (indiquer la date de remplacement le cas échéant), les heures de travail applicables à votre poste actuel seront  réduites diminués de       (heures) à       (heures) par semaine conformément à l'horaire de travail suivant :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **JOUR** | **HEURES**  **QUOTIDIENNES TRAVAILLÉES** | **PAUSE REPAS** | **JOUR** | **HEURES**  **QUOTIDIENNES TRAVAILLÉES** | **PAUSE REPAS** |
| lundi |  |  | jeudi |  |  |
| mardi |  |  | vendredi |  |  |
| mercredi |  |  | samedi |  |  |

1. Les crédits des heures supplémentaires ne seront accumulés, le cas échéant, que pour les heures travaillées en plus des 33,75/35 heures par semaine.
2. Toutes les heures rémunérées seront calculées au prorata, notamment : les maladies imprévues; les congés personnels; les vacances; les congés mobiles (*le cas échéant*); les neuf vendredis d'été plus une (*1*) journée pendant les vacances de Noël.
3. Les avantages sociaux, qui sont une composante du salaire, seront fondés sur votre salaire réduit. Ils comprennent : l’assurance-vie; l’invalidité de longue durée; l’invalidité de courte durée; la CSST; les régimes de retraite et les congés de maternité.
4. Jours fériés : Vous avez droit à des jours fériés calculés au prorata (pourcentage de l’horaire à plein temps).
5. Si votre poste est aboli au cours de la période de cette entente, votre horaire de travail demeurera en vigueur jusqu’à ce que vous soyez affecté à un nouveau poste.
6. Si, en raison de circonstances exceptionnelles, une des parties souhaite modifier les conditions de cette entente, **un préavis écrit d’au moins vingt (20) jours ouvrables** est requis et doit être examiné par le doyen, le directeur ou l’administrateur en chef.

**Signature de l’employé:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Je comprends et j’accepte l’entente pour un horaire de travail temporaire ci-dessus.**

**Signature du conseiller en RH/**

**Représentant:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature du Doyen/**

**Directeur:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_