

**Programme Volontaire de Réduction du Temps de Travail (PVRTT)**  
**Personnel enseignant**

**IDENTIFICATION**

Nom et prénom

Discipline

**PÉRIODE**

Indiquez votre choix :

**% DE RÉDUCTION**

1 - Session AUTOMNE \_\_\_\_\_ % **6 mois de salaire incluant un mois de vacances**  
Année

2 - Session HIVER \_\_\_\_\_ % **6 mois de salaire incluant un mois de vacances**  
Année

3 - Pourcentage de réduction du temps de travail uniforme pour 12 mois

Demande annuelle \_\_\_\_\_ % **12 mois de salaire incluant les vacances**  
Année scolaire

L'enseignante ou l'enseignant est admissible au programme volontaire de réduction du temps de travail si elle ou il a au moins trois (3) années d'ancienneté et si elle ou il détient une charge d'enseignement à temps complet pour l'année.

**SIGNATURE DE LA PERSONNE SALARIÉE**

Je demande d'adhérer au programme volontaire de réduction du temps de travail conformément à l'article 5-14.00 de la convention collective du personnel enseignant (FNEEQ).

Signature de l'enseignante ou l'enseignant

Date

**À remettre à la Direction des relations humaines au local F-102 ou par courriel à l'adresse [InfoEnseignant@clg.qc.ca](mailto:InfoEnseignant@clg.qc.ca) :**

- au plus tard le **1<sup>er</sup> mai** pour la session d'automne ou pour une demande annuelle;
- au plus tard le **1<sup>er</sup> novembre** pour la session d'hiver.

**AUTORISATION**

Pourcentage conforme à la tâche prévue

Signature de la direction des études

Demande acceptée selon les modalités ci-dessus énoncées

Demande refusée pour la raison suivante : \_\_\_\_\_

Signature de la direction des relations humaines