

Formulaire Violation LTr

Nom du service et de l'institution :

Nom du chef de service :

Nom, Téléphone et adresse du médecin qui a subi une violation de la loi sur le travail :

Nature de la violation (cochez la bonne case et précisez la nature ainsi que la date de la violation ci dessous). Si possible merci de joindre des preuves écrites en annexe.

Heures de travail : plus de 12 heures par jours.

Plus de 7 jours de travail d'affilé.

Non-paiement des heures supplémentaires ou du service de piquet.

Pas de système pour noter les heures supplémentaires.

Pas de cahier des charges signé par le médecin assistant.

Autre (veuillez préciser la nature de la violation).

Remarque : anonyme

Envoyer le formulaire

