

Domaine : **Administration**

En vigueur le : 25 mai 2015 (CF)

Référence : [ADM 1.33 Classement et reclassement des postes non syndiqués](#)

Révisée le : 22 octobre 2018 (CF)

*L'usage du masculin a pour but d'alléger le texte.***DEMANDE DE RECLASSEMENT DE POSTE**_____
Poste occupé_____
Nom de l'employé_____
Date_____
Signature de l'employé**À noter :**

Cette demande doit porter uniquement sur des ajouts et/ou des changements importants apportés aux fonctions du poste, tel que décrites dans le questionnaire initial de classement. Veuillez utiliser des pages additionnelles pour répondre aux questions suivantes :

1. Les informations du questionnaire correspondent-elles toujours à votre poste ?

 Oui Non (Si non, expliquer pourquoi.)

2. Identifiez ce qui a changé dans votre travail ou ce qui n'a pas été mentionné et faites référence à la section pertinente du questionnaire.

3. Décrivez toutes les nouvelles exigences de votre poste et la date à laquelle elles sont entrées en vigueur.

SECTION RÉSERVÉE AU SUPERVISEUR Je suis en accord avec le résumé tel que décrit. Je suis en désaccord avec le résumé tel que décrit pour les raisons suivantes :
(veuillez utiliser des pages additionnelles au besoin)_____
Signature du superviseur_____
Date