



DEMANDE D'ESCORTE

Unité : _____ Nom de l'usager : _____

Cochez S.V.P.

S.A.A.Q.* :

Oui

Non

Date et heure du besoin d'escorte : _____

Titre d'emploi requis : infirmière

infirmière auxiliaire

préposé aux bénéficiaires

Lieu de destination : _____

Mode de transport : _____

Si appel téléphonique : _____

personne contactée au Service de normalisation

Signature du requérant

Réservé au Service de la normalisation

Nom de l'employé(e) : _____ Heure de départ: _____

Numéro de l'employé(e) : _____ Heure d'arrivée : _____

Taux horaire : _____ Coût de l'employé(e) à facturer à la S.A.A.Q. : _____

Autre affectation : _____ Nombre d'heures : _____

Commentaires : _____

* NOTE : Pour les cas de la S.A.A.Q., transmettre une copie à Ginette Gilbert, coordonnatrice administrative, D.S.I.

Signaturé du requérant