



Formulaire de déclaration volontaire justifiant une absence pour raison médicale

Pour les blessures et les maladies non liées au travail (À remplir par l'employé)

- Le présent formulaire peut être utilisé pour justifier des absences de courte durée pour raison médicale n'excédant pas 10 jours ouvrables consécutifs (deux semaines).
- Les formulaires remplis doivent être envoyés conformément aux renseignements figurant au bas du formulaire.
- La cueillette de ces renseignements est effectuée expressément à des fins de protection de la santé, pour contenir toute maladie présente dans les effectifs, pour attester les congés de maladie, et pour prendre des mesures préventives et de précaution contre la COVID-19, si nécessaire. Ces renseignements ne seront pas divulgués et demeureront confidentiels sauf si la loi l'exige ou si l'employé y consent expressément.
- Veuillez noter que votre gestionnaire se réserve le droit, au besoin, de demander une attestation de congé de maladie signée par un fournisseur de soins de santé.

Veuillez suivre les étapes suivantes :

Nom de l'employé :	Numéro de l'employé :		
Numéro de téléphone de l'employé :	Adresse courriel de l'employé (facultatif) :		
Nom du superviseur ou de la superviseure :	Direction générale :		
Syndicat, veuillez cocher celui qui s'applique :			
<input type="checkbox"/> SUT1760	<input type="checkbox"/> SUT279	<input type="checkbox"/> IPPM	<input type="checkbox"/> SCFP503
<input type="checkbox"/> SCFP5500	<input type="checkbox"/> GEDP	<input type="checkbox"/> GSAS	<input type="checkbox"/> Autre :

Déclaration : Je déclare que pendant la période d'absence indiquée ci-dessous, j'étais incapable de travailler en raison d'une blessure ou d'une maladie non liée au travail. Je reconnais qu'une fausse déclaration constitue une faute grave.

Premier jour d'absence :	Dernier jour d'absence :
Date de retour au travail :	Nombre total de jours d'absence au travail :
Signature :	Date :

IMPORTANT : Veuillez prendre note que si vous avez été absent du travail en raison de la **COVID-19**, vous ne devez présenter aucun symptôme pendant un **total de 24 heures** avant de vous présenter au travail.

Dans les délais établis par votre convention collective, le Formulaire de déclaration volontaire justifiant une absence pour raison médicale doit être fourni au gestionnaire de l'employé. Les gestionnaires doivent l'envoyer à l'endroit approprié :

- Pour les membres de la section locale 279 du SUT, transmettez-le par courriel à ATU279sickleavercertification@ottawa.ca par télécopieur au 613-580-2604 ou par courrier interne au code 26-31
- Pour le personnel du **Service paramédic d'Ottawa**, transmettez-le par courriel à sean.cook@ottawa.ca ainsi qu'à AttestationCongeMaladie@ottawa.ca
- Pour le personnel du **Service des Incendies**, transmettez-le par courriel à [CPS - FS - Sick Leave Reporting \(Fire\)@ottawa.ca](mailto:CPS - FS - Sick Leave Reporting (Fire)@ottawa.ca)
- Pour le personnel des **Soins de longue durée**, transmettez-le au coordonnateur de la dotation
- Pour tous **les autres groupes**, transmettez-le par courriel à AttestationCongeMaladie@ottawa.ca, par télécopieur au 613-580-2646 ou par courrier interne au code 26-31

Les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de l'article 8 et du paragraphe 227 (c) de la Loi de 2001 sur les municipalités, L.O. 2001, chapitre 25 et seront utilisés pour attest-er le congé de maladie. Les questions concernant la collecte et l'utilisation de ces renseignements doivent être adressées à Laurie-Ann McLean par téléphone au 613-580-2424, poste 44161.