

HOPITAL ROBERT DEBRE

PARIS LE

SERVICE :

Je reconnais avoir reçu mon assignation pour la journée de grève du 19 avril 2019

NOM	PRENOM	SIGNATURE	DATE

HOPITAL ROBERT DEBRE

SERVICE :

POSTE :

DATE : **TABLEAU PREVISIONNEL DE LA GREVE CENTRALE DU 19 AVRIL 2019**
JOUR

GRADE	LISTE PAR GRADE DES AGENTS INITIALEMENT PREVUS A TRAVAILLER CE JOUR LA	COCHER LA CASE CORRESPONDANT A LA SITUATION DES AGENTS		
		GREVISTES	NON GREVISTES	PROPOSITION D'AGENTS A ASSIGNER

HOPITAL ROBERT DEBRE

SERVICE :

POSTE :

DATE :

TABLEAU PREVISIONNEL DE LA GREVE CENTRALE DU 19 AVRIL 2019

NUIT

GRADE	LISTE PAR GRADE DES AGENTS INITIALEMENT PREVUS A TRAVAILLER CETTE NUIT LA	COCHER LA CASE CORRESPONDANT A LA SITUATION DES AGENTS		
		GREVISTES	NON GREVISTES	PROPOSITION D'AGENTS A ASSIGNER

HOPITAL ROBERT DEBRE

SERVICE :

POSTE :

DATE :

TABLEAU DEFINITIF DE GREVE DU 19 AVRIL 2019

NOM PRENOM	GRADE	GREVISTES NON ASSIGNES (INDIQUER LA DUREE DE L'ABSENCE EN HEURES)