ANNEXE 1

Services essentiels à maintenir en cas de grève

N° dossier TAT - -	Date :
N° d'accréditation : **(ex : AC, AM ou AQ-1000-0001)** - -	

Unité de soins ou catégorie de soins ou de services	Pourcentage de temps travaillé	Modalités particulières
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	

Unité de soins ou catégorie de soins ou de services	Pourcentage de temps travaillé	Modalités particulières
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	

Unité de soins ou catégorie de soins ou de services	Pourcentage de temps travaillé	Modalités particulières
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	
	%	