***Avis de non-responsabilité :*** *Le présent contrat se veut un modèle destiné à aider les médecins à embaucher un(e) employé(e). Il ne traite pas ni n’est destiné à traiter des diverses questions juridiques, professionnelles et commerciales se rattachant à l’exploitation d’un cabinet de groupe, et ne doit pas être considéré comme un conseil juridique.*

[NOM]

[ADRESSE POSTALE]

[COURRIEL]

[DATE]

PRIVÉ ET CONFIDENTIEL
Objet : Lettre d’embauche – [TITRE DU POSTE]

Madame, [if a woman, or] Monsieur, [if man]

Nous avons le plaisir de vous offrir le poste de [TITRE DU POSTE] à la/au [NOM DE LA CLINIQUE] (ci-après, l’« organisation »), sous la responsabilité de [TITRE DU POSTE DE DIRECTEUR OU DIRECTRICE]. Veuillez prendre connaissance des modalités d’emploi énoncées ci-après et confirmer votre acceptation en signant la présente, et en la renvoyant à [NOM DE LA CLINIQUE] au plus tard le [DATE].

1. **Poste et date d’entrée en fonction**
	1. L’organisation vous emploiera à titre de [TITRE DU POSTE] [À TEMPS PARTIEL/PLEIN TEMPS/OCCASIONNEL(LE)] [pour X heures par semaine (s’il s’agit d’un poste à temps partiel)]. Il s’agit d’un poste [PERMANENT/À DURÉE DÉTERMINÉE]. Vous commencerez à travailler le [DATE DE DÉBUT]. Pour un aperçu complet des fonctions et responsabilités rattachées au poste, veuillez vous reporter à l’annexe A.
	2. Au cours des [TROIS (3) OU SIX (6)] premiers mois de votre emploi [DATE - DATE], vous serez en période d’essai, aux fins d’évaluation de votre rendement. Au cours de cette période, vous pourriez être congédié(e) à tout moment, sans préavis ni indemnité compensatoire.
2. **Heures de travail**
	1. Vous serez employé(e) à raison de [NOMBRE D’HEURES] par semaine. Nous travaillons généralement du [lundi au vendredi], [huit (8)] heures par jour, avec une pause de [une (1) heure] [RÉMUNÉRÉE/NON RÉMUNÉRÉE] pour le dîner.
	2. Votre horaire de travail sera déterminé avec votre supérieur(e) [NOM], [POSTE]**.**
	3. L’organisation doit demeurer flexible face à l’évolution de ses besoins, et pourrait par conséquent être amenée à ajuster vos heures de travail, vous donnant alors, à cet effet, un préavis raisonnable. Ces ajustements pourraient comprendre des modifications des heures de début et de fin de votre journée de travail.
3. **Rémunération**
	1. Vous toucherez un [SALAIRE ANNUEL/TARIF HORAIRE] de [$], moins les retenues à la source, les déductions et les versements applicables (le « salaire »), conformément aux pratiques habituelles de l’organisation en matière de rémunération.
	2. Les heures supplémentaires sont rémunérées conformément à la politique de la clinique en la matière, telle qu’elle est décrite dans le [manuel de l’employé].
4. **Congés payés**
	1. Vous avez droit à [X] jours de congé payés par année financière. Les jours de congé accumulés doivent être pris au cours de l’année financière; il n’y aura aucun report à l’année suivante. Vous planifierez vos vacances à la date ou aux dates convenues avec votre supérieur(e) hiérarchique, et dans le respect des règles de l’organisation.
	2. Les jours fériés sont payés conformément à la *Loi sur les normes d’emploi* du Nouveau-Brunswick.
5. **Régime d’avantages sociaux collectif (le cas échéant)**
	1. À compter du [DATE], vous aurez le droit de participer au régime d’avantages sociaux de l’entreprise, conformément aux dispositions y afférentes. Les prestations sont versées en conformité avec la politique de l’organisation en ce qui a trait aux prestations, telle qu’elle est décrite dans le [manuel du personnel].

OU

* 1. En guise et lieu de régime d’avantages sociaux, vous recevrez un supplément de [X] % sur votre salaire horaire.
1. **Congé de maladie (le cas échéant)**
	1. Vous avez droit à un maximum de cinq (5) jours de congé de maladie [NON PAYÉS/ PAYÉS] par année financière. [Les congés de maladie non utilisés ne seront pas payés et ne pourront être reportés à l’année suivante].
2. **Confidentialité/vie privée**
	1. Il est essentiel à notre succès que les activités et les affaires de [nom de la clinique] demeurent strictement confidentielles et que tous les employés respectent les règlements afférents à la [LAPRPS] et les politiques de la clinique [concernant, notamment, l’utilisation de la technologie, la protection de la vie privée et la confidentialité]. Dans cette perspective, il vous est interdit, que ce soit pendant ou après votre emploi, de communiquer à des tiers des renseignements concernant les activités et les affaires de [nom de la clinique], sauf en stricte conformité avec les politiques relatives à la communication de renseignements confidentiels. La communication de renseignements confidentiels peut entraîner la cessation immédiate de votre emploi pour motif valable.
3. **Politiques et procédures**
	1. Il vous incombe de respecter toutes les politiques et procédures de l’organisation telles qu’elles sont établies et modifiées. Ces politiques et procédures ne constituent cependant pas des conditions contractuelles, et elles peuvent être modifiées sans préavis. Vous devez vous conformer à toutes les directives légales de l’organisation et suivre toutes les politiques et procédures du lieu de travail ainsi que les règles, règlements, politiques, pratiques et procédures de l’organisation – dans leurs nouveaux termes, le cas échéant. Pour plus de clarté : l’organisation se réserve le droit de réviser, de compléter ou d’annuler ses politiques, pratiques et procédures à quelque moment que ce soit si elle le juge approprié, à sa seule et entière discrétion. Il vous incombe de vous familiariser avec les politiques et procédures de l’organisation et de vous tenir au courant de leur évolution.
4. **Cessation d’emploi**
	1. Votre emploi peut prendre fin, sans autre obligation ou responsabilité de la part de l’organisation, conformément à l’une des dispositions ci-dessous :
		1. Vous pouvez démissionner en donnant un préavis écrit d’au moins [X] semaines. Suivant réception de votre avis écrit ou de votre démission, l’organisation peut, à sa seule discrétion, mettre fin plus tôt à votre emploi, auquel cas elle vous versera, en lieu et place du préavis de licenciement, le salaire qui doit vous être versé en vertu de la *Loi sur les normes d’emploi*; ou
		2. L’organisation peut mettre fin à votre emploi pour un motif valable, à tout moment, sans préavis, sans indemnité de préavis ni autre compensation; ou
		3. L’organisation peut mettre fin à votre emploi à tout moment, sans motif, en ne vous accordant que le préavis minimum ou l’indemnité tenant lieu de préavis (ou une combinaison des deux), comme le prévoit la *Loi sur les normes d’emploi.*
5. **Conflit d’intérêts**
	1. Il y a conflit d’intérêts lorsque vos intérêts personnels, y compris ceux de membres de votre famille, interfèrent ou pourraient raisonnablement être perçus comme interférant avec les obligations inhérentes à votre poste au sein de l’organisation, et avec l’intérêt supérieur de celle-ci. Vous vous engagez à ne pas vous placer en situation de conflit d’intérêts. En cas de conflit d’intérêts potentiel, vous vous engagez à signaler immédiatement ledit conflit à votre supérieur(e) hiérarchique et à coopérer pleinement à toute mesure mise en œuvre pour remédier au conflit potentiel.

Nous nous réjouissons de votre nouveau rôle et sommes impatients de travailler avec vous.

Je vous prie d’agréer, Madame, [if a woman, or] Monsieur, [if man] mes salutations distinguées.

[SIGNATURE]

[NOM]

[TITRE]

[NOM DE LA CLINIQUE]

Je soussigné(e), **[NOM DE L’EMPLOYÉ(E)],** confirme avoir lu, compris et accepté les modalités d’emploi énoncées dans le présent contrat.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de l’employé(e) Date