

# FORMULAIRE DE GRIEF

## LIGNES DIRECTRICES

Avant de remplir le formulaire, avez-vous suivi les étapes suivantes :

- 1) Avez-vous obtenu tous les faits ?
- 2) Avez-vous consulté votre délégué syndical ?
- 3) Avez-vous vérifié la convention collective pour la procédure de règlement des griefs pour assurer le respect des dates limites ?
- 4) Avez-vous discuté avec votre superviseur à titre d'une plainte ?
- 5) Êtes-vous prêt à procéder ?
- 6) Remplissez le formulaire de grief en entier.
- 7) Traitez les exemplaires selon les instructions au bas du formulaire.
- 8) S'il y a des changements d'informations – par exemple, l'adresse, le numéro de téléphone, etc. après avoir déposé le grief, veuillez en aviser le bureau régional le plus proche de chez vous.
- 9) Assurez-vous de faire parvenir tous les documents pertinents à votre représentant syndical. (Inclure tous les renseignements pertinents sur les personnes intéressées, les faits réels, les emplacements en question et les dates précises.)



# FORMULAIRE DE GRIEF

N° du SEFPO  
Assigné à l'arbitrage

**DACTYLOGRAPHIEZ OU ÉCRIVEZ LISIBLEMENT EN ENCRE NOIR ET FAITES TROIS (3) EXEMPLAIRES**

Assigné à l'arbitrage \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Numéro d'adhésion syndicale # \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Numéro de la section locale \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ # Dossier du bureau régional - -

Téléphone au domicile \_\_\_\_\_ Téléphone au travail \_\_\_\_\_ EXT. \_\_\_\_\_

Classification / Échelon salarial \_\_\_\_\_ Date d'embauche \_\_\_\_\_

Poste occupé \_\_\_\_\_ Service ou Département \_\_\_\_\_

Employé par Ministère / Collège / Secteur parapublic \_\_\_\_\_ Secteur \_\_\_\_\_

Lieu de travail (adresse) \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

**Déclaration du grief**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Règlement désiré**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature du plaignant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nom et signature du délégué syndical \_\_\_\_\_ Téléphone ( ) \_\_\_\_\_

Nom et signature du président de la section locale \_\_\_\_\_ Téléphone ( ) \_\_\_\_\_

**PAR LA PRÉSENTE JE DÉPOSE LE GRIEF MENTIONNÉ CI-DESSUS À : (en caractères d'imprimerie, s.v.p.)**

Représentant de l'employeur \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Poste occupé (titre) \_\_\_\_\_

100, chemin Lesmill Toronto (Ontario) M3B 3P8      Téléphone (416) 443-8888      Sans frais 1-800-268-7376      ATS 1-800-663-1070 ou (416) 443-9898

- Exemplaire pour l'employeur (L'original)       Délégué syndical (Copie n° 1) Plaignant (Copie n° 4)       Bureau régional (Copie n°2)       Arbitre (Copie n° 3)