

Avis de grief

Numéro du grief (à compléter avant l'étape 2)	_____ · _____ 202X xxx
Date	
Unité	

Type de grief (veuillez faire un choix)
<input type="checkbox"/> Grief individuel
<input type="checkbox"/> Grief de groupe (voir la page 3 pour les noms des autres plaignant(e)s)
<input type="checkbox"/> Grief de principe

Noms :		Information du/de la plaignant(e) :	
Plaignant(e)		N° d'employé	
Délégué(e) ou conseiller(ère) syndical(e)		Titre du poste	
Chef d'équipe		Département	

Détails du grief :	
Article(s) présumé(s) enfreint(s) (Nom(s) et numéro(s))	
Date de la violation alléguée	____/____/____ jj / mm / aaaa
Nature du grief (Description)	
Règlement visé	

Avis de grief

Étape 1			
Date de soumission du grief à l'étape 1	____ / ____ / ____ <small>jj / mm / aaaa</small>	Date de l'audience	____ / ____ / ____ <small>jj / mm / aaaa</small>
Déclaration de la direction :			
Date de la décision rendue :	____ / ____ / ____ <small>jj / mm / aaaa</small>	Nom du chef d'équipe	N° de contact

Étape 2	
Date de soumission du grief à l'étape 2	<i>Selon la lettre du syndicat au V-P des Relations de travail</i>
Date de l'audience	<i>Selon la lettre des Relations de travail au Syndicat</i>
Date de la décision rendue	<i>Selon la lettre des Relations de travail au Syndicat</i>

