|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| G:\Logos - NEW 2015\Primary Version - French\TWU USW Local 1944 - Primary - FR.png | **Formulaire de grief** | | | | |  |
|  |
|  |
| **Les****renseignements personnels du membre sont privés et confidentiels et ne sont utilisés que pour administrer les affaires du Syndicat.** | | | | | | |
| STT, 5261, rue Lane, Burnaby BC V5H 4A6 Tél : 604-437-8601⬩ Téléc.: 604-435-7760  STT, 403 – 1630 rue Pandosy, Kelowna BC V1Y 1P7 Tél : 250-860-5025⬩ Téléc.: 250-860-6737  STT, 212 – 2816 11 St N. E. ., Calgary AB T2E 7S7 Tél : 403-237-6990⬩ Téléc.: 403-802-2381  STT, 4262 91A St N.O., Edmonton AB T6E 5V2 Tél : 780-444-6945⬩ Téléc.: 780-488-6911  STT, 412 – 10 Milner Business Court, Scarborough ON M1B 3C6 Tél : 416-506-9723⬩ Téléc.: 416-506-9722  STT, 540 – 4060 rue Ste-Catherine Ouest, Westmount QC H3Z 2Z3 Tél : 514-788-8811⬩ Téléc.: 514-788-8813 | | | | | | |
| **Courriel :****twu@usw1944.ca** | | | | **Site Internet : www.usw1944.ca** | | |
| **Type de grief***:*  **Individuel**  **Collectif** **Offre d’emploi  Principe**  **À L’USAGE DU SYNDICAT SEULEMENT, NE PAS DIVULGUER À LA SOCIÉTÉ.**  À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE DÉLÉGUÉ SYNDICAL – S.V.P. VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT À L’ENCRE,  **PUIS RETOURNER LE FORMULAIRE ET LES NOTES AU REPRÉSENTANT DE LA SECTION LOCALE DE VOTRE UNITÉ.** | | | | | | |
| 1. **Date et heure de l’incident :** | | | 2. **Unité :** | | | |
| 3. **Date de la plainte :** | | | 4. **Délégué syndical :** | | | |
| 5. **Nom(s) de la/des partie(s) plaignante(s) :** | | 6. **Numéro de téléphone du délégué syndical :**  **Domicile :**  **Travail :** | | | | |
| 7. **Taux horaire :** | | | 8. **Date d’ancienneté :** | | | |
| 9. **Combien de temps au poste actuel :** | | | 10. **Annexe de la Convention collective :** | | | |
| 11. **Département :** | 12. **Lieu de l’incident (ville) :** | | | | 13. **Catégorie :** *(rempli par l’agent d’affaires)* | |
| 14. **Nom(s) du/des témoin(s)****:** | | 15. **Cause (5 mots ou moins) :** | | | | |
| 16. **Numéro de téléphone du/des plaignant(s) :**  **Domicile:**       **Travail :** | | | | | | |
| 17. **Adresse courriel (s’il y a lieu) :** | | | | | | |
| 18. **Signature(s) du/des plaignant(s) :** | | | | | | |