

## ENQUÊTE DE GRIEF

Usage du bureau seulement

Date reçue : \_\_\_\_\_ Date de dépôt max. : \_\_\_\_\_

N.B. : À remplir par la personne représentant le Syndicat (délégué(e), directrice ou directeur). Joindre toutes les pièces pertinentes au grief (photos, facture, copie de la paie, détails pour conciliation future, etc.).

### IMPORTANT :

1. Vaut mieux trop de détails que pas assez !
2. À remplir au complet et transmettre à l'agent syndical le plus tôt possible.
3. La convention collective prévoit, pour le dépôt d'un grief, un délai de 6 mois des faits y donnant lieu.
4. Surtout, ne jamais remettre cette enquête à un gestionnaire! Elle vous appartient! C'est la preuve syndicale, notre preuve!

CE DOCUMENT A ÉTÉ PRÉPARÉ PAR : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : CELLULAIRE : \_\_\_\_\_ RÉSIDENCE : \_\_\_\_\_ TRAVAIL : \_\_\_\_\_

DATE DE L'ENQUÊTE : \_\_\_\_\_

### EMPLOYÉ SOUMETTANT LE GRIEF (SI COLLECTIF, JOINDRE LISTE)

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

MATRICULE : \_\_\_\_\_ DÉPARTEMENT/SECTION : \_\_\_\_\_

CLASSIFICATION : \_\_\_\_\_ DATE D'ANCIENNETÉ : \_\_\_\_\_

DIRECTION EXÉCUTIVE : ☐ RDA ☐ RDM ☐ EDI ☐ EMR ☐ EÉF

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
NUMÉRO APP. RUE VILLE CODE POSTAL

TÉLÉPHONE : CELLULAIRE : \_\_\_\_\_ RÉSIDENCE : \_\_\_\_\_ TRAVAIL : \_\_\_\_\_

COURRIEL : PERSONNEL : \_\_\_\_\_ TRAVAIL : \_\_\_\_\_

### DÉTAILS SOMMAIRES DE L'ÉVÈNEMENT

DATE DE L'ÉVÈNEMENT (LITIGE) : \_\_\_\_\_

DATE DE LA PAYE OÙ IL Y A EU COUPURE : \_\_\_\_\_

SI TRAVAUX À FORFAIT, NATURE DES TRAVAUX : \_\_\_\_\_

DATE DE LA LETTRE DISCIPLINAIRE : \_\_\_\_\_

## DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT SELON L'EMPLOYÉ(E)

(JOINDRE TOUT DOCUMENT PERTINENT : PHOTO, TALON DE PAIE, FACTURE, LETTRE DISCIPLINAIRE, NOM DU SOUS-CONTRACTANT, ETC.)

DATE :

SIGNATURE :

## DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT SELON LA OU LE TÉMOIN

(JOINDRE TOUT DOCUMENT PERTINENT : PHOTO, TALON DE PAIE, FACTURE, LETTRE DISCIPLINAIRE, NOM DU SOUS-CONTRACTANT, ETC.)

DATE :

SIGNATURE :

## GRIEF FORFAIT

NOM DU SOUS-TRAITANT :   
(CONTRACTEUR, FIRME EXTERNE, GESTIONNAIRE, ETC.)

ADRESSE :      
NUMÉRO RUE VILLE CODE POSTAL

LIEU OÙ LES TRAVAUX ONT ÉTÉ EXÉCUTÉS :

COMBIEN D'HEURES EFFECTUÉES PAR LE SOUS-TRAITANT :

HEURES RÉCLAMÉES À TAUX RÉGULIER (ÉVALUATION DU TRAVAIL SI FAIT À L'INTERNE) :

## GRIEF DISCIPLINAIRE

DATE DE LA LETTRE :

MOTIF DE LA SUSPENSION :

DURÉE DE LA SUSPENSION :

DATE(S) DE LA SUSPENSION :

## ÉTAPE DE GRIEF FACULTATIVE

(ARTICLE 14.02 DE LA CONVENTION COLLECTIVE, PARAGRAPHE 2)

DATE :  SECTION :

SUPÉRIEUR IMMÉDIAT :

NOM :  PRÉNOM :  POSITION :

PERSONNES PRÉSENTES :

RÉSULTAT DE LA RENCONTRE (OÙ, QUAND, QUI, COMMENT, ETC.)

VERSION DE L'EMPLOYEUR

## ÉTAPE DE GRIEF OBLIGATOIRE

(ARTICLE 14.02 DE LA CONVENTION COLLECTIVE, PARAGRAPHE 3)

DATE :

SECTION :

SUPÉRIEUR IMMÉDIAT :

NOM :

PRÉNOM :

POSITION :

PERSONNES PRÉSENTES :

RÉSULTAT DE LA RENCONTRE (OÙ, QUAND, QUI, COMMENT, ETC.)

DATE :

SIGNATURE :



## FORMULAIRE COMPLÉMENTAIRE POUR LES TRAVAUX À FORFAIT

DATE DE LA DERNIÈRE EXÉCUTION DE CE TRAVAIL PAR NOTRE SYNDICAT :

DES BONS DE TRAVAIL EXÉCUTÉS PAR NOS MEMBRES SONT T-ILS DISPONIBLES ?

☐ OUI (SI OUI. JOINDRE)

☐ NON

La STM achète des pièces neuves pour créer une marge de marchandise. Par la suite, il existe trois (3) numéros de pièces : 1<sup>er</sup>, les pièces neuves, 2<sup>e</sup>, les pièces à reconditionner (plus communément appelées « pièces X ») et 3<sup>e</sup>, les pièces reconditionnées.

DESCRIPTION DE LA PIÈCE, TRAVAIL OU CONTRAT (JOINDRE PHOTOS SI POSSIBLE) :

QUI A EFFECTUÉ LE TRAVAIL LA DERNIÈRE FOIS ? :

NOM :

PRÉNOM :

MATRICULE :

DÉPARTEMENT/SECTION :

EST-CE QUE DES PIÈCES À RECONDITIONNER ET/OU RECONDITIONNÉES ÉTAIENT DISPONIBLES ?

☐ OUI (JOINDRE PHOTO SI POSSIBLE)

☐ NON

SI OUI, COMBIEN ? :

QUEL ENDROIT ? :

JOINDRE LES PREUVES INFORMATIQUES (exemple : copie de l'écran, facture, copie de facture de l'article de pièce neuve, relevé de Gestmat et SAP, etc.). Vous pouvez consulter vos magasiniers et/ou chefs d'équipe pour obtenir ces informations.

LE PERSONNEL ÉTAIT-IL DISPONIBLE ?

☐ OUI (JOINDRE LA LISTE DU PERSONNEL DU DÉPARTEMENT)

☐ NON (EX. PLUSIEURS EN VACANCES, MALADES, FORMATION OU AUTRES)

LE TEMPS SUPPLÉMENTAIRE A-T-IL ÉTÉ OFFERT POUR PALLIER AU MANQUE DE PERSONNEL ?

☐ OUI (SI OUI, JOINDRE LA LISTE DE TEMPS SUPPLÉMENTAIRE)

☐ NON

## ENQUETE AUPRÈS DE LA GESTION

Les informations recueillies lors de l'enquête auprès de la gestion sont très importantes. Les réponses textuelles pourraient servir éventuellement en arbitrage.

DATE :  MATRICULE :  POSITION :

NOM :  PRÉNOM :

METTRE PAR ÉCRIT LES RÉPONSES DE LA GESTION :

DATE :  SIGNATURE :

