



Enquête de grief

Unité : 700-_____ Employeur : _____

Qui est concerné?

Travailleur(euse) lésé(e) : _____

Adresse complète du travailleur(euse) :

Téléphone : _____ Courriel _____

Superviseur(e) concerné(e) : _____

Témoin(s) : _____

Que s'est-il passé?

Abrégé des événements : _____

Quand cela s'est-il passé?

Date de l'événement : _____ Heure : _____

Date de l'avis disciplinaire : _____

Date de la suspension : _____

Où cela s'est-il passé?

Endroit (s) : _____

Pourquoi est-ce arrivé?

Position du plaignant(e) : _____

Position du ou des superviseur(s) ou personne concernée : _____

Quel est le règlement demandé?

Ce que le travailleur(euse) désire : _____

Nom du délégué : _____

Signature du délégué : _____

