

FORMULE DE GRIEF

No du grief : _____
Nom de l'employeur : _____ Section locale : _____
Nom du plaignant : _____
Date du fait qui a donné lieu au grief : _____

Nature du grief : Je déclare que l'employeur a violé l'article _____ et tout article connexe dans la convention collective en me donnant un avis verbal et/ou écrit le ou vers le _____ sans motif raisonnable.

Règlement désiré : Je demande réparation intégrale et respect de la convention collective, notamment en retirant l'avis disciplinaire de mon dossier.

Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels à mon sujet par Unifor aux fins du traitement du grief.

Signature du plaignant : _____
Date : _____
Signature du délégué syndical ou déléguée syndicale : _____

ÉTAPE 1

Date soumis : _____ Pour le syndicat : _____
Position de la direction : _____
Pour la direction : _____ Date : _____

ÉTAPE 2

Date soumis : _____ Pour le syndicat : _____
Position de la direction : _____
Pour la direction : _____ Date : _____

ÉTAPE 3

Date soumis : _____ Pour le syndicat : _____
Position de la direction : _____
Pour la direction : _____ Date : _____

SI UNE RÉPONSE ÉCRITE EST NÉCESSAIRE POUR UNE DES ÉTAPES, VEUILLEZ LA JOINDRE EN ANNEXE.

