

## 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 congédiant le ou vers \_\_\_\_\_ sans motif raisonnable.

Règlement désiré : Je demande réparation intégrale et respect de la convention collective, notamment en retirant l'avis de congédiement de mon dossier, en m'indemnisant complètement pour le salaire perdu, portant intérêt prévu par le Code du travail, en me réintégrant à mon emploi sans perte de droits, de privilèges et tous les autres avantages incluant l'ancienneté.

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.**

