UNIFOR
theUnion | lesyndicat

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 suspendant pour une période de _____ le ou vers le _____ sans motif raisonnable.

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

NOTES :