

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 : Temps supplémentaire, article _____ et tout autre article de la convention collective ainsi que toutes lois non suivies le ou vers le _____.

Règlement désiré : Je demande que l'employeur me paie _____ heures à temps et demi et/ou _____ heures à temps double ainsi que toutes primes applicables pour la(les) journée(s) du _____.
Que l'ancienneté ainsi que tout autre article de la convention collective soient suivis.

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.

[illegible]