

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 : _____

Règlement désiré : _____

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.

