



FORMULAIRE ENQUÊTE GRIEF

Grief no : _____

Date : _____

EMPLOYEUR : _____

PERSONNE SALARIÉE PLAIGNANTE : _____

ADRESSE : _____ **TÉLÉPHONE :** _____

TITRE D'EMPLOI : _____ **STATUT :** _____

DESCRIPTION DU GRIEF :

NATURE DU GRIEF (X)

Manque à gagner () Temps supplémentaire ()

Échelon de salaire () Primes ()

Avis disciplinaire () Suspension ()

Congédiement () Autres * ()

*Autres : identifier la nature : _____

TÉMOINS OU AUTRES PERSONNES IMPLIQUÉES :

NOM : _____ TÉLÉPHONE : _____

NOM : _____ TÉLÉPHONE : _____

PERSONNRE RESPONSABLE DE L'ENQUÊTE : _____

LE GRIEF PORTE SUR QUOI? QU'EST-IL ARRIVÉ

POURQUOI EST-CE SUJET À GRIEF? ARTICLE DE LA CONVENTION COLLECTIVE? LOI? PARATIQUE PASSÉE?

QUAND L'ÉVÈNEMENT DONNANT LIEU AU GRIEF S'EST-IL PRODUIT?

OÙ L'ÉVÈNEMENT DONNANT LIEU AU GRIEF S'EST-IL PRODUIT?

RÈGLEMENT DESIRÉ POUR LE GRIEF

VERSION DE L'EMPLOYEUR

RENSEIGNEMENTS IMPORTANT SUPPLÉMENTAIRE DE LA PERSONNE PLAIGNANTE :

INFORMATION ADDITIONNELLE FOURNIS PAR LES TÉMOINS :

COMMENTAIRES DE LA PERONNE RESPONSABLE :

LISTE DES DOCUMENTS POUVANT ÊTRE REQUIS

- La convention collective ()
- La liste d'ancienneté ()
- Les avis disciplinaires ()
- Les horaires de travail ()
- Les certificats médicaux ()
- Le relevé de paye ()
- Les feuilles de disponibilités ()
- Les politiques interne de l'entreprise ()
- Photos et/ou vidéo ()
- Autres : spécifier :
_____ ()

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DU SYNDICAT : _____

DATE : _____