



SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION
PUBLIC CANADIAN UNION OF PUBLIC EMPLOYEES



FORMULAIRE DE GRIEF

GRIEVANCE FORM

Dossier n° _____
Case No. _____

Section locale _____
Local No. _____

Employeur _____
Employer _____

Employé _____
Employee _____

Département _____
Department _____

Classification _____

Superviseur _____
Supervisor _____

N° d'employé _____
Employee No. _____

A _____
TO _____

Étape 1 2 3 4
Step

Grief collectif
Group Grievance

Grief de principe
Policy Grievance

Je/Nous soussigné(s) affirme(ons) que
I/We the undersigned claim that _____

Donc je/nous demande(ons) que
Therefore I/We request that _____

Signature de l'employé ou des employés et/ou d'un dirigeant
Signature of employee(s) and/or union officer

Plaignant _____
Grievor

Date _____

Dirigeant syndical _____
Union Officer

Date _____