



FORMULAIRE DE PRÉSENTATION D'UN GRIEF
PERSONNEL DES FONDS NON PUBLICS, FORCES CANADIENNES

PROTÉGÉ B (une fois rempli)

(à l'usage des RH)
No de référence

Nom de l'employé :

Base/Escadre/Unité :

Titre du poste de l'employé :

Entité :

Numéros de téléphone (b) :

(d) :

Adresse domiciliaire :

Palier auquel le grief est présenté : Palier 1 ☐ Palier 2 ☐ Palier 3 ☐

Détails du grief : (Décrivez le geste, l'omission ou la situation ayant causé la présumée violation ou la mauvaise interprétation qui a eu une incidence sur les conditions d'emploi de l'employé [citer la politique, la loi, le règlement, la directive ou autres instruments pertinents]. Si le grief concerne une convention collective ou une décision arbitrale, citez les articles ou les clauses pertinentes.)

Date à laquelle le geste donnant lieu au grief s'est produit : _____

Date à laquelle vous avez discuté de votre grief avec votre gestionnaire : _____

Mesure corrective demandée :

Signature de l'employé

Date

FORMULAIRE DE PRÉSENTATION D'UN GRIEF
PERSONNEL DES FONDS NON PUBLICS, FORCES CANADIENNES, *suite*

Nom de l'agent négociateur :

Nom du représentant local :

Adresse :

Numéro de téléphone :

À titre de représentant syndical autorisé, je confirme que le syndicat approuve par la présente la présentation de ce grief portant sur la convention collective ou une décision arbitrale et que j'accepte de représenter l'employé.

Signature de l'agent négociateur

Date

À remplir par le représentant de l'employé s'il n'est pas l'agent négociateur

Nom du représentant :

Adresse :

Numéro de téléphone :

J'accepte d'agir au nom de l'employé.

Signature du représentant

Date

Accusé de réception de l'employeur :

Nom et titre du représentant de l'employeur qui a reçu le grief :

Signature du représentant de l'employeur

Date de réception

PROTÉGÉ B (une fois rempli)



FORMULAIRE DE TRANSMISSION D'UN GRIEF
PERSONNEL DES FONDS NON PUBLICS, FORCES CANADIENNES

PROTÉGÉ B (une fois rempli)

(à l'usage des RH)
No de référence

Nom de l'employé :	Base/Escadre/Unité :
Titre du poste de l'employé :	Entité :
Numéros de téléphone (b) :	(d) :
Adresse domiciliaire :	
Nature générale du grief :	
Date à laquelle la réponse du palier précédent a été reçue/aurait dû être reçue :	
Palier auquel le grief est transmis : Palier 2 ☐ Palier 3 ☐	
Approbation de la transmission et confirmation de la représentation de l'agent négociateur	
(Cette section doit être remplie si le grief porte sur l'interprétation ou l'application d'une disposition de la convention collective ou d'une décision arbitrale.)	
Nom de l'agent négociateur :	
Nom du représentant local :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	
À titre de représentant syndical autorisé, je confirme que le syndicat approuve par la présente la transmission de ce grief portant sur la convention collective ou une décision arbitrale et que j'accepte de représenter l'employé.	
Signature de l'agent négociateur	Date

À remplir par le représentant de l'employé s'il n'est pas l'agent négociateur (le cas échéant)

Nom du représentant :

Adresse :

Numéro de téléphone :

J'accepte d'agir au nom de l'employé.

Signature du représentant

Date

Accusé de réception de l'employeur

Nom et titre du représentant de l'employeur qui a reçu le grief :

Signature du représentant de l'employeur

Date

PROTÉGÉ B (une fois rempli)