



Grievance Form Formulaire de griefs

EMPLOYER'S GRIEVANCE NO. / N° DE GRIEF DE L'EMPLOYEUR : _____

SECTION 1 Comp/Direct Charter Local / Élément/Section locale à charte directe _____ Local / Section locale _____ PSAC ID / N° de membre _____

A	Surname / Nom de famille	Given names / Prénoms	Home Tel / Tél. (maison) ()	Work Tel / Tél. (travail) ()	
	Home address / Adresse du domicile		Postal Code / Code postal	Cell No. / N° cellulaire ()	
	Home Email / Courriel personnel		Work Email / Courriel professionnel		
	Employee Classification / Classification de l'employé(e)		Branch/Division/Section / Direction/Division/Section		
	Position Title / Titre du poste		Work location / Lieu de travail		Shift / Quart de travail
	Collective Agreement (if applicable) / Convention collective (s'il y a lieu)			Expiry Date of Collective Agreement Date d'expiration de la convention collective	

Grievance details / Énoncé du grief :

B

(Please attach extra sheets if this space is insufficient / Utiliser d'autres feuilles au besoin.)

Corrective Action Requested / Mesures correctives demandées

C

_____ Employee signature / Signature de l'employée ou de l'employé _____ Date

SECTION 2 TO BE COMPLETED BY BARGAINING AGENT REPRESENTATIVE
A REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT DE L'AGENT NÉGOCIATEUR

_____ Signature of bargaining agent representative / Signature du représentant de l'agent négociateur _____ Date

Bargaining agent / Agent négociateur		Bargaining unit / Unité de négociation	
Name of local bargaining agent representative / Nom du représentant local de l'agent négociateur		Home Tel / Tél. (maison) ()	Work Tel / Tél. (travail) ()
Address for local representative or bargaining agent / Adresse du représentant ou l'agent négociateur		Postal Code / Code postal	Cell No. / N° cellulaire ()
Home Email / Courriel personnel		Work Email / Courriel professionnel	Fax No. / N° de télécopieur

SECTION 3 TO BE COMPLETED BY IMMEDIATE SUPERVISOR OR OTHER MANAGEMENT REPRESENTATIVE
À REMPLIR PAR LE SUPERVISEUR IMMÉDIAT OU UN AUTRE REPRÉSENTANT DE LA DIRECTION

Name of Management Representative / Nom du représentant de la direction		Title of Management Representative / Titre du représentant de la direction	
_____ Signature of Management Representative / Signature du représentant de la direction		_____ Date recieved at Level 1 / Date de réception au premier palier	

Once completed and signed by all parties copies to be distributed as follows: one copy to Grievor, one copy to Bargaining Agent Representative, one copy to the Employer Representative
Une fois que le formulaire est rempli et signé par toutes les parties, en remettre une copie à la partie plaignante, au représentant de l'agent négociateur et au représentant de l'employeur.

