

Numéro _____

Nom de l'employeur : _____

Nom du syndicat : _____

Grief individuel

Grief collectif

Grief syndical

Nom de la personne salariée (s'il y a lieu) : _____

Service ou département : _____ Titre d'emploi : _____

GRIEF

DESCRIPTION DU GRIEF

RÉCLAMATION

et tous les autres droits et avantages prévus à la convention collective, la compensation de tous les préjudices subis, de quelque nature qu'ils soient, incluant les dommages moraux et exemplaires ainsi que le préjudice fiscal. Le tout rétroactivement et avec intérêts au taux prévu au Code du travail, sans préjudice aux autres droits dévolus.

Signature(s) _____

_____ Date _____

PRÉSENTATION DU GRIEF

Grief présenté le _____ (date)

Représentant(e) patronal(e)

Représentant(e) syndical(e)