

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

En vertu de la convention collective, des Chartes et de toutes autres lois applicables, le syndicat conteste

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 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.

\_\_\_\_\_  
Plaignant (\*) Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Représentant(e) syndical(e) Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Représentant(e) patronal(e) Date \_\_\_\_\_

**FAIRE SIGNER DEUX COPIES, UNE POUR LE SYNDICAT ET UNE POUR L'EMPLOYEUR**

(\*) si plus d'un plaignant signataire, faire signer sur l'endos. Le grief peut être signé seulement par un représentant syndical. Faire des photocopies du grief pour le(s) plaignant(s).