FTPQ
SCFP 7300

SCFP
Syndicat canadien de la fonction publique FTQ

FORMULAIRE DE GRIEF

Établissement :_ _____ Grief n° 2021-002

Personne salariée plaignante :___ _____

Titre d'emploi : _ _____ Statut : Temps complet :**X** Temps partiel : **X**

Employeur – Division : _____ Quart : _____

DESCRIPTION DU GRIEF :

RÉCLAMATION :

ARTICLE(S) violé(s) : **Article** et toute la convention collective.

(spécifiez "entente locale" s'il y a lieu)

Et tous les droits prévus à la convention collective et dédommagement pour les préjudices subis, incluant les dommages moraux et exemplaires, ainsi que le préjudice fiscal, le tout rétroactivement avec intérêts au taux prévu au code du travail et sans préjudice aux autres droits dévolus.

Signature de la personne salariée plaignante : _____

Date : _____

COPIE de l'employeur (blanche) reçue par : _____

Date : _____

Réponse de l'employeur :

_____

_____

Date : _____

FTPQ-SCFP-7300, 3631, 39E AVENUE, POINTE-AUX-TREMBLES (QUEBEC) H1A 3Y6, TÉLÉPHONE : 514 642-1011, TÉLÉCOPIEUR: 514 498-1011