



FÉDÉRATION DES EMPLOYÉS DU PRÉHOSPITALIER DU QUÉBEC



FORMULAIRE DÉCLARATION DES FAITS / ENQUÊTE DE GRIEF

EMPLOYEUR : _____

POINT DE SERVICE : _____

FRATERNITÉ : _____

DATE DE CONNAISSANCE DES FAITS : _____ RÉFÉRENCE DU GRIEF : _____

PERSONNE SALARIÉE PLAIGNANTE : _____

ADRESSE COMPLÈTE : _____

TÉLÉPHONE (JOUR) : _____ STATUT (TP,TPR,TC) : _____

DESCRIPTION DÉTAILLÉE DES FAITS :

JUSQU'À MAINTENANT, AVEZ-VOUS ENTREPRIS DES DISCUSSIONS AVEC LA PARTIE PATRONALE, AU SUJET DE LA PROBLÉMATIQUE SOULEVÉE? SI OUI, INCLURE LES DATES DES DISCUSSIONS, AU MEILLEUR DE VOTRE CONNAISSANCE :

TÉMOINS OU AUTRES PERSONNES IMPLIQUÉES :

NOM : _____ TÉLÉPHONE : _____

NOM : _____ TÉLÉPHONE : _____

NOM : _____ TÉLÉPHONE : _____

DOCUMENTS FOURNIS AUX FINS D'ENQUÊTE:

TOUT DOCUMENT NUMÉRISÉ POUVANT ÊTRE NÉCESSAIRE DANS L'ÉTUDE DU DOSSIER DOIT ÊTRE ACHÉMINÉ À L'ADRESSE COURRIEL DE VOTRE PRÉSIDENT LOCAL.

- () COMMUNICATION COURRIEL,
- () LISTE D'ANCIENNETÉ,
- () PROCÉDURE ÉCRITE,
- () AVIS DISCIPLINAIRE,
- () RELEVÉ DE PAIE,
- () POLITIQUE INTERNE DE L'ENTREPRISE,
- () PHOTOS / VIDÉOS
- () RAPPORT D'ACCIDENT DE TRAVAIL,
- () HORAIRES DE TRAVAIL,
- () CERTIFICAT MÉDICAL,
- () FEUILLES DE DISPONIBILITÉ,
- () TOUT AUTRE DOCUMENT JUGÉ NÉCESSAIRE À L'ENQUÊTE : _____

PAR LA PRÉSENTE, J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS CETTE DEMANDE SONT EXACTS, VÉRIDIQUES ET COMPLETS.

SIGNATURE DU SALARIÉ(E) : _____ DATE DE REMISE : _____

ESPACE RÉSERVÉE À L'EXÉCUTIF LOCAL

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT SYNDICAL : _____

DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE : _____



**SECTION DE TRAITEMENT
EXÉCUTIF DE LA FRATERNITÉ**



NOM DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENQUÊTE : _____

NATURE DU GRIEF / SITUATION PROBLÉMATIQUE :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> MANQUE À GAGNER, | <input type="checkbox"/> ÉCHELON DE SALAIRE, |
| <input type="checkbox"/> CONTESTATION D'AVIS DISCIPLINAIRE, | <input type="checkbox"/> CONGÉDIEMENT, |
| <input type="checkbox"/> TEMPS SUPPLÉMENTAIRE, | <input type="checkbox"/> ABSENCE MALADIE, |
| <input type="checkbox"/> ABSENCE CNESST, | <input type="checkbox"/> TEMPS SUPPLÉMENTAIRE, |
| <input type="checkbox"/> SUSPENSION, | <input type="checkbox"/> PRIMES, |
| <input type="checkbox"/> * AUTRES : IDENTIFIEZ LA NATURE : _____ | |

QUELLE EST LA NATURE DE LA PROBLÉMATIQUE SOULEVÉE :

QUAND L'ÉVÉNEMENT DONNANT LIEU À LA PROBLÉMATIQUE OU AU GRIEF S'EST-IL PRODUIT, POUR LE RESPECT DES DÉLAIS _____ (DATE EXACTE)

OÙ L'ÉVÉNEMENT DONNANT LIEU À LA PROBLÉMATIQUE SOULEVÉE OU AU GRIEF S'EST-IL DÉROULÉ?

LA PROBLÉMATIQUE RELEVÉE EST APPUYÉE PAR QUEL FONDEMENT? ÉNUMÉRER LES ARGUMENTS. ARTICLE DE LA CONVENTION COLLECTIVE EN VIGUEUR NON RESPECTÉ, PRATIQUE ANTÉRIEURE, NON-RESPECT DES LOIS OU OBLIGATIONS.

RÈGLEMENT DÉSIRÉ POUR CLORE LE DOSSIER OU POUR LE RÈGLEMENT DU GRIEF :

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRE IMPORTANTS POUR ÊTRE AJOUTÉS AU DOSSIER :

RENCONTRE AVEC LA PARTIE PATRONALE :

DATE / HEURE : _____

LIEU : _____

PRÉSENCES : _____

VERSION DE L'EMPLOYEUR :

INFORMATIONS ADDITIONNELLES FOURNIES PAR LES TÉMOINS :

COMMENTAIRE DU RESPONSABLE DE L'ENQUÊTE :

TRANSMISSION DE DOCUMENTS :

DATES	TYPE DE COMMUNICATION	DESCRIPTION	ANNEXE AU DOSSIER

RÉCEPTION / REMISE DE DOCUMENTS :

DATE	TYPE DE DOCUMENT	DESCRIPTION

AVIS JURIDIQUE OBTENU : OUI NON

NOM DU PROCUREUR AU DOSSIER : _____

PROCÉDURE DE DÉPÔT DE GRIEF : OUI NON

DATE DE DÉPÔT DE GRIEF : _____

GRIEF REÇU ET SIGNÉ PAR : _____

DOCUMENTS ENVOYÉS AU SERVICE JURIDIQUE : OUI NON

GRIEF RÉFÉRÉ À L'ARBITRAGE : OUI NON

NOMINATION DE L'ARBITRE : ME. _____

ESPACE RÉSERVÉE À L'EXÉCUTIF LOCAL	
SIGNATURE DU REPRÉSENTANT SYNDICAL :	_____
DATE :	_____