



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 : _____