

GRIEVANCE FORM

FORMULAIRE DE GRIEF

Case No _____
Dossier N° _____

Local No _____
Section locale _____

Employer _____
Employeur _____

Employee _____
Employé(e) _____

Department _____ Classification _____
Département _____

Supervisor _____ Employee # _____
Superviseur(e) _____ N° de l'employé(e) _____

TO _____
À _____

Seniority date _____
Date d'ancienneté _____

Phone # _____ (H) _____ (W) _____
N° de téléphone _____ (R) _____ (B) _____

Grievance Level
Niveau de grief 1 2 3 other
autre

Address / Adresse _____

I/We the undersigned claim that
Je/Nous soussigné(e)s affirme(ons) que _____

Therefore I/we request that
Donc je/nous demandons que _____

Signature of employee(s) and/or union officer
Signature de l'employé(e) ou des employé(e)s et/ou d'un(e) dirigeant(e) syndical(e) _____

Grievor _____ Date _____
Plaintif/plaintive _____

Union officer _____ Date _____
Dirigeant(e) syndical(e) _____