Grievance Form
Formulaire de griefs

EMPLOYER'S GRIEVANCE NO. / Nº DE GRIEF DE L'EMPLOYEUR : _____

SECTION 1 Comp/Direct Charter Local / Élément/Section locale à charte directe _____ Local / Section locale _____ PSAC ID / Nº de membre _____

A

Surname / Nom de famille	Given names / Prénoms	Home Tel / Tél. (maison)	Work Tel / Tél. (travail)
		( )	( )

Home address / Adresse du domicile	Postal Code / Code postal	Cell No. / Nº cellulaire
		( )

Home Email / Courriel personnel	Work Email / Courriel professionnel

Employee Classification / Classification de l'employé(e)	Branch/Division/Section / Direction/Division/Section

Position Title / Titre du poste	Work location / Lieu de travail	Shift / Quart de travail

Collective Agreement (if applicable) / Convention collective (s'il y a lieu)	Expiry Date of Collective Agreement Date d'expiration de la convention collective

B

Grievance details / Énoncé du grief :

(Please attach extra sheets if this space is insufficient / Utiliser d'autres feuilles au besoin.)

C

Corrective Action Requested / Mesures correctives demandées

_____ Employee signature / Signature de l'employée ou de l'employé

_____ Date

SECTION 2 TO BE COMPLETED BY BARGAINING AGENT REPRESENTATIVE
A REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT DE L'AGENT NÉGOCIATEUR

_____ Signature of bargaining agent representative / Signature du représentant de l'agent négociateur

_____ Date

Bargaining agent / Agent négociateur	Bargaining unit / Unité de négociation	
Name of local bargaining agent representative / Nom du représentant local de l'agent négociateur	Home Tel / Tél. (maison) ( )	Work Tel / Tél. (travail) ( )
Address for local representative or bargaining agent / Adresse du représentant ou l'agent négociateur	Postal Code / Code postal	Cell No. / Nº cellulaire ( )

Home Email / Courriel personnel	Work Email / Courriel professionnel	Fax No. / Nº de télécopieur

SECTION 3 TO BE COMPLETED BY IMMEDIATE SUPERVISOR OR OTHER MANAGEMENT REPRESENTATIVE
À REMPLIR PAR LE SUPERVISEUR IMMÉDIAT OU UN AUTRE REPRÉSENTANT DE LA DIRECTION

Name of Management Representative / Nom du représentant de la direction	Title of Management Representative / Titre du représentant de la direction

_____ Signature of Management Representative / Signature du représentant de la direction

_____ Date recieved at Level 1 / Date de réception au premier palier

Once completed and signed by all parties copies to be distributed as follows: one copy to Grievor, one copy to Bargaining Agent Representative, one copy to the Employer Representative
Une fois que le formulaire est rempli et signé par toutes les parties, en remettre une copie à la partie plaignante, au représentant de l'agent négociateur et au représentant de l'employeur.