

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS

PARTIES

Syndicat : _____ Employeur : _____

Adresse : _____ Adresse : _____

Personne à contacter pour convenir de l'audition :

• Syndicat : _____ Tél. : _____ Courriel : _____

• Employeur : _____ Tél. : _____ Courriel : _____

INFORMATIONS SUR LE GRIEF

N° du grief : _____ Plaignant(e) : _____

Documents à joindre :

Grief

Convention collective ou extrait pertinent

Mesure ou décision contestée

Autres _____

NATURE DU GRIEF

Harcèlement psychologique

Mesure disciplinaire

Interprétation

Autre (précisez) _____

AUDITIONS

Jours d'audition : 1 jour plus d'un jour

Lieu de l'audition : _____

À être déterminé par l'arbitre

Délai dans la convention collective pour tenir l'audition, si applicable : _____

DEMANDES PRÉALABLES

Syndicat

Employeur

Conférence préparatoire

Autres demandes, précisez :

DIVERS

Nom : _____

Titre : _____

Numéro d'accréditation : _____

Date : _____

Copie du formulaire transmise à l'autre partie

Destinataire : _____

N.B. : Les renseignements contenus au présent formulaire sont fournis à titre indicatif et ne lient pas les parties.