



# SYNDICAT DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES DES POSTES

# **FORMULAIRE INTERNE D'ENQUÊTE DE GRIEFS** **- CONFIDENTIEL -**

## PARTIE “A”

*À compléter par la plaignante ou le plaignant (en lettres moulées)*

Nom : _____	Nom de la compagnie : _____
Prénoms : _____	Classe d'emploi: _____ Équipe: _____
Adresse : _____	Section : _____
Ville : _____	Lieu de travail : _____
Code postal : _____	Téléphone : (_____) _____
Téléphone : (_____) _____	Horaire : De: _____ à _____
No. d'employé : _____	Section locale : _____
Date d'entrée en service : __ _____	Employée ou employé: Plein temps <input type="checkbox"/>
	Temps partiel <input type="checkbox"/> Temporaire <input type="checkbox"/> Essaie <input type="checkbox"/>

Nom de la déléguée ou du délégué : \_\_\_\_\_ Date de l'enquête : \_\_\_\_\_

**PARTIE “B”** (À compléter par la plaignante ou le plaignant ou le ou les témoins avec l’assistance de la déléguée ou du délégué d’atelier).

Plaignante ou plaignant :

L'incident donnant lieu à ce grief est survenu :

Date: \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Endroit : \_\_\_\_\_

Personnes en cause :    Surveillante/Surveillant : \_\_\_\_\_ Témoin: \_\_\_\_\_

Surveillante/Surveillant: \_\_\_\_\_ Témoin: \_\_\_\_\_

**Dans vos propres mots, exposez tous les faits**

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

À quelle date avez-vous pris connaissance pour la première fois que vous aviez été lésé(e)?

Par la présente, j'autorise tout représentant ou toute représentante du STTP à consulter mon dossier personnel.

(Signature) .....

**PARTIE « C » Cette partie est réservée à la déléguée ou au délégué d'atelier**

Vérification: (✓) Heure et date de l'incident ☐  
Déclaration écrite des témoins ☐  
Documents supportant le grief ☐  
(par ex. : lettre, liste d'égalité etc.)

Cas spécifiques où des documents sont nécessaires pour la défense du grief:

Heures supplémentaires	:	Copie ou reconstitution de la liste d'heures supplémentaires
Congé	:	Avis sans salaire, formulaire de demande de congé, certificat médical, copie du bref d'assignation (Tribunaux)
Salaires, primes, indemnités	:	Copie de la lettre de l'employeur, talon de chèque, mémo, etc.
Discipline	:	Copie de l'avis de l'entrevue, copie de la lettre de l'employeur, <u>signature</u> et version écrite des témoins

**Informations additionnelles de la déléguée ou du délégué d'atelier:**

(Commentaires de l'employeur, s'il y a lieu)

[illegible]

**Redressement demandé:**

---

---

---

---

---

---

Ce formulaire est la propriété exclusive du Syndicat des travailleurs et travailleuses des postes **et doit parvenir au Dirigeant responsable des griefs dès que ledit formulaire est complété. Tout retard indu peut annuler la validité du grief.**

## À L'USAGE DE LA SECTION LOCALE

- 1) Nom du dirigeant responsable: \_\_\_\_\_
- 2) Pour toute mesure disciplinaire (incluant l'absentéisme), faire parvenir avec ce formulaire, un résumé du dossier personnel de la plaignante ou du plaignant.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Formulaire/Grieffs: 009jg