

Section Locale 2 de l'UIES



Formulaire du Grief

Nom du membre: _____ Téléphone: _____

Adresse: _____

Employeur: _____ Département /Site: _____

J'affirme que le: _____, l'Entreprise:

(Date)

- M'a (congédié, suspendu, réprimandé) sans motif valable et je demande qu'on me réintègre dans mon ancien poste sans perte de salaire, d'avantages sociaux ou d'ancienneté et je demande à ce que cet incident soit supprimé de mon dossier personnel.
- N'a pas pris de mesure immédiate afin de corriger des conditions de travail dangereuses et incorrectes et je demande à ce que cette situation soit résolu sans délai.
- N'a pas respecté mon classement et m'a placé dans un classement inférieur et je demande d'être reclassé immédiatement en tant que _____ et d'être compensé rétroactivement pour ma perte de salaire.
- N'a pas été en mesure de me promouvoir/me transférer au poste affiché et si je demande d'obtenir cette promotion/ le transfert doit être effectué immédiatement et je dois être compensé rétroactivement pour ma perte de salaire.
- M'a congédié injustement, n'a pas respecté mon ancienneté en ce qui concerne les rappels et je demande à l'Entreprise de me rappeler immédiatement et de me compenser pour ma perte de salaire.
- Ne m'a pas payé le montant exact de (mon salaire régulier, ma paie pour jours fériés, ma paie de vacances, mon temps supplémentaire ou bien _____) et je demande à ce que ma paie soit réajustée immédiatement.
- Ne m'a pas offert du travail supplémentaire, conformément à la convention collective et je fais la demande d'une compensation immédiate pour la perte de ces heures supplémentaires.
- Autre(s) raison(s):

Date du Grief

Signature de l'employé(e)

Signature du délégué(e)

SOUMETTRE SELON LES INSTRUCTIONS DU REPRÉSENTANT SYNDICAL