Demande de renvoi à l'arbitrage
Section de la représentation

Alliance de la Fonction publique du Canada
Public Service Alliance of Canada

Information sur le plaignant

NOM COMPLET

POSITION ET CLASSIFICATION

EMPLOYEUR

TÉLÉPHONE

COURRIEL À LA MAISON

CONVENTION COLLECTIVE

DATE D'EXPIRATION

NUMÉRO DE L'UNITÉ

Information sur le grief

NO DU GRIEF

DATE DU GRIEF

DATE DE LA RÉPONSE AU DERNIER PALIER

DATE LIMITE POUR LE RENVOI

ARTICLE(S) PERTINENT(S) DE LA CONVENTION COLLECTIVE

SUJET DU GRIEF

Expliquez-nous brièvement les raisons pour lequelles vous recommendez le renvoi à l'arbitrage de ce grief:

Listes de vérification

Ces éléments sont obligatoires et <u>doivent être joints dans l'ordre indiqué</u> au présent formulaire

- ☐ 1. GRIEF ET FORMULE DE TRANSMISSION
- ☐ 2. RÉPONSE DE L'EMPLOYEUR À CHAQUE PALIER DE GRIEF
- ☐ 3. EXPOSÉS DES ARGUMENTS PRÉSENTÉS LORS DE L'AUDITION DU GRIEF
- ☐ 4. DOCUMENTATION EN ORDRE CHRONOLOGIQUE

Si les éléments ne sont pas présents, une explication est obligatoire:

Est-ce que les coordonnées des participants suivants sont incluses **et à jour**?
Les éléments suivants sont essentiels à l'ouverture du dossier et doivent obligatoirement être fournis

	OUI	NA
PLAIGNANT	○	○
TÉMOIN(S)	○	○
REPRÉSENTANT SYNDICAL LOCAL	○	○

Est-ce qu'une offre de règlement a été faite par l'employeur ou le syndicat?

○ OUI ○ NON

Détails

Est-ce qu'un non-renvoi a déjà été fait sur un grief de nature similaire? Si oui, expliquez ce qui distingue ce grief

○ OUI ○ NON

Détails

Est-ce que le membre a d'autres recours **actifs** à ce jour?

- ☐ Grief référé à l'arbitrage
- ☐ Grief de classification
- ☐ Plainte aux Ressources Humaines
- ☐ Plainte en Santé et Sécurité
- ☐ Grief
- ☐ Plainte TDFP/CFP
- ☐ Plainte CCDP
- ☐ Autres

Détails:

Information sur la personne ressource qui réfère le grief à la section de la représentation

NOM COMPLET

NOM DE L'ÉLÉMENT OU DU BUREAU RÉGIONAL

COURRIEL

TÉLÉPHONE

TÉLÉCOPIEUR

ADRESSE COMPLÈTE

Signature et date

SIGNATURE

DATE