



CANADIAN UNION OF PUBLIC EMPLOYEES SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE

GRIEVANCE FORM

FORMULE DE GRIEF

Case No: _____
Dossier No: _____

Local No: _____
Section locale: _____

Employer:

Employeur:

Employee:

Employé(e)

Department _____
Département

Classification _____

Supervisor _____
Supérieur(e) immédiat(e)

Employee # _____
No de l'employé(e)

TO _____

Seniority date _____
Date d'ancienneté

À _____

Phone# (H) _____ (W) _____
N° de téléphone (R) _____ (B) _____

Grievance Level Other
Niveau de grief 1 2 3 autre

Address _____
Adresse

I/We the undersigned claim that
Je/Nous le(s) soussigné(es) affirme(ons) que _____

Therefore I/We request that
Donc je/nous recommande(ons) que _____

Signature of Employee(s) or Union Officer
Signature de l'employé(e) ou des employé(e)s ou d'un(e) dirigeant(e) syndical(e) _____

Grievor _____
Plaintiff/plaintive
Union officer _____
Dirigeant(e) syndical(e)

Date _____
Date _____

DATE: _____

(over) (verso)

