



CANADIAN UNION OF PUBLIC EMPLOYEES
SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE



GRIEVANCE FORM

FORMULAIRE DE GRIEF

Case No _____
Dossier N°

Local No _____
Section locale

Employer _____
Employeur

Employee _____
Employé(e)

Department _____
Département

Classification _____

Supervisor _____
Superviseur(e)

Employee # _____
N° de l'employé(e)

TO _____
À _____

Seniority date _____
Date d'ancienneté

Grievance Level
Niveau de grief 1 2 3 other
autre

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

Address/Adresse _____

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

Therefore I/we request that
Donc je/nous demandons que _____

Signature of employee(s) and/or union officer
Signature de l'employé(e) ou des employé(e)s et/ou d'un(e) dirigeant(e) syndical(e) _____

Grievor _____
Plaintif/plaintive

Date _____

Union officer _____
Dirigeant(e) syndical(e)

Date _____

