



# 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)

