

## FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS

### PARTIES

Syndicat : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Personne à contacter pour convenir de l'audition :

• Syndicat : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

• Employeur : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS SUR LE GRIEF

N° du grief : \_\_\_\_\_ Plaignant(e) : \_\_\_\_\_

Documents joints :

Grief

Convention collective ou extrait pertinent

Mesure ou décision contestée

Autres \_\_\_\_\_

### NATURE DU GRIEF

Harcèlement psychologique

Mesure disciplinaire

Interprétation

Autre (précisez) \_\_\_\_\_

### AUDITIONS

Jours d'audition :  1 jour  plus d'un jour

Lieu de l'audition :  \_\_\_\_\_

À être déterminé par l'arbitre

Délai dans la convention collective pour tenir l'audition, si applicable : \_\_\_\_\_

### DEMANDES PRÉALABLES

Syndicat

Employeur

Conférence préparatoire

Autres demandes, précisez :

### DIVERS

Nom : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Copie du formulaire transmise à l'autre partie

Destinataire : \_\_\_\_\_

**N.B. : Les renseignements contenus au présent formulaire sont fournis à titre indicatif et ne lient pas les parties.**