

Syndicat des employés professionnels et de bureau du Canada/SEPB

FORMULAIRE DE GRIEF

CAS NO.: _____ **SECTION LOCALE SEPB/COPE:** _____

Employeur:

Employé(e):

Département:

Classification:

Superviseur:

Je soussigné(e) déclare /Nous soussignés déclarons que:

C'est pourquoi nous demandons que :

Signature de l'employé(e): _____ Date: _____

Signature du/de la délégué(e) syndical(e): _____ Date: _____