

# 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: \_\_\_\_\_