GRIEVANCE TRANSMITTAL FORM FORMULE DE TRANSMISSION DES GRIEFS

SECTION 1 TO BE COMPLETED BY EMPLOYEE À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ

LEVEL PALIER 2 ☐ LEVEL PALIER 3 ☐ LEVEL PALIER 4 ☐ | NJC LEVEL PALIER CNM 2 ☐ NJC FINAL LEVEL DERNIER PALIER CNM ☐

DEPARTMENTAL USE ONLY
À L'USAGE DU MINISTÈRE
REFERENCE NO. N° DE RÉFÉRENCE

(PLEASE PRINT EN LETTRES MOULÉES)

SURNAME NOM DE FAMILLE | GIVEN NAMES PRÉNOMS

NAME OF DEPARTMENT OR AGENCY NOM DU MINISTÈRE OU DE L'ORGANISME	BRANCH OR DIVISION DIRECTION OU DIVISION	
LOCATION ENDROIT	SIGNATURE	DATE

SECTION 2 TO BE COMPLETED BY REPRESENTATIVE OF BARGAINING AGENT WHERE APPLICABLE.
À REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT DE L'AGENT NÉGOCIATEUR S'IL Y A LIEU.

APPROVAL FOR PRESENTATION OF GRIEVANCE RELATING TO COLLECTIVE AGREEMENT OR ARBITRAL AWARD AND AGREEMENT TO REPRESENT EMPLOYEE ARE HEREBY GIVEN.
AUTORISATION EST DONNÉE, PAR LES PRÉSENTES, DE PRÉSENTER LE GRIEF RELATIF À UNE CONVENTION COLLECTIVE, OU À UNE DÉCISION ARBITRALE, ET NOUS ACCEPTONS DE REPRÉSENTER L'EMPLOYÉ.

SIGNATURE OF BARGAINING AGENT REPRESENTATIVE SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE L'AGENT NÉGOCIATEUR | DATE

NAME OF LOCAL REPRESENTATIVE OF BARGAINING AGENT NOM DU REPRÉSENTANT LOCAL DE L'AGENT NÉGOCIATEUR

ADDRESS FOR CONTACT AND REPLY ADRESSE POUR FINS DE COMMUNICATION ET DE RÉPONSE

SECTION 3 TO BE COMPLETED BY IMMEDIATE SUPERVISOR OR LOCAL OFFICER IN CHARGE
À REMPLIR PAR LE SURVEILLANT IMMÉDIAT OU LE CHEF DE SERVICE LOCAL

DATE TRANSMITTAL RECEIVED
TRANSMISSION DU GRIEF REÇUE LE _____

SIGNATURE OF MANAGEMENT REPRESENTATIVE
SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE LA DIRECTION

TBC/CTC 330-6 (REV. 80/6)
7540-21-852-8189

COPY 1 DEPARTMENTAL
COPIE 1 MINISTÈRE