



Public
Service
Labour
Relations
Board

Commission des
relations de
travail dans la
fonction
publique

N° de dossier de la
C.R.T.F.P.

Pour usage interne
seulement

Formule 20
(sous-alinéa 89(1)a)(i))

AVIS DE RENVOI À L'ARBITRAGE D'UN GRIEF INDIVIDUEL
Interprétation ou application d'une disposition d'une convention collective ou
d'une décision arbitrale

Loi sur les relations de travail dans la fonction publique

- AVIS :**
- 1) L'original et une copie du présent avis doivent être déposés auprès du directeur général de la Commission.
 - 2) Deux copies du grief individuel original doivent être jointes au présent avis.
 - 3) **Il vous incombe d'informer la Commission de tout changement à vos adresse postale ou numéros de téléphone.**
 - 4) La partie à un grief individuel qui soulève une question liée à l'interprétation ou à l'application de la *Loi canadienne sur les droits de la personne* dans le cadre du renvoi à l'arbitrage du grief individuel doit en donner avis à la Commission canadienne des droits de la personne en utilisant la formule 24.
 - 5) Selon le paragraphe 209(2) de la *Loi sur les relations de travail dans la fonction publique*, un grief individuel qui porte sur l'interprétation ou l'application d'une disposition d'une convention collective ou d'une décision arbitrale ne peut être renvoyé à l'arbitrage sans que l'agent négociateur du fonctionnaire s'estimant lésé accepte de le représenter dans la procédure d'arbitrage.

1. Renseignements sur le fonctionnaire s'estimant lésé

M. Mme

Nom (*écrire en lettres moulées*) : _____

Prénom (*écrire en lettres moulées*) : _____ Autre(s) prénom(s) (*écrire en lettres moulées*) : _____

Adresse postale

Appartement (*si applicable*) : _____ N° et rue : _____

Ville : _____ Province ou territoire : _____ Code postal : _____

N^{OS} de téléphone (*où on peut vous joindre*)

N^{OS} de télécopieur (*où on peut vous joindre*)

Résidence : (_____) _____

Résidence : (_____) _____

Travail : (_____) _____

Travail : (_____) _____

Adresse électronique : _____

Ajoutez au besoin des feuilles supplémentaires de même format lorsque des renseignements sur plusieurs personnes sont requis ou si l'espace fourni n'est pas suffisant.

2. **Nom de l'employeur :**

3. **Lieu de travail** (*par exemple, ville ou municipalité*) :

4. **Ministère, direction ou division :**

5. **Section ou unité :**

6. **Titre du poste :**

7. **Classification :**

8. **Nom de l'agent négociateur :**

9. **Date à laquelle le grief individuel a été présenté au premier palier de la procédure applicable aux griefs individuels :**

(jj/mm/aaaa)

10. **Date à laquelle le grief individuel a été présenté au dernier palier de la procédure applicable aux griefs individuels :**

(jj/mm/aaaa)

11. **Date à laquelle l'employeur a remis sa décision au dernier palier de la procédure applicable aux griefs individuels** (*si applicable*) :

(jj/mm/aaaa)

Je soussigné(e) renvoie le grief individuel ci-joint à l'arbitrage en vertu de l'article 209 de la *Loi sur les relations de travail dans la fonction publique*.

Date : _____
(jj/mm/aaaa)

(Signature du fonctionnaire s'estimant lésé)

Les points 12 à 18 doivent être remplis par le représentant autorisé de l'agent négociateur du fonctionnaire s'estimant lésé.

12. Renseignements sur le représentant autorisé de l'agent négociateur

Nom : _____

Adresse postale

Appartement (si applicable) : _____ N° et rue : _____

Ville : _____ Province ou territoire : _____ Code postal : _____

N° de téléphone : (____) _____ N° de télécopieur : (____) _____

Adresse électronique : _____

13. Durée de la convention collective ou de la décision arbitrale faisant l'objet du grief individuel :

du _____ au _____
(jj/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa)

14. Disposition de la convention collective ou de la décision arbitrale faisant l'objet du grief individuel :

Remplir le point 15 seulement si un arbitre de grief est désigné dans la convention collective.

15. Renseignements sur l'arbitre de grief

Nom : _____

Adresse postale

Appartement (si applicable) : _____ N° et rue : _____

Ville : _____ Province ou territoire : _____ Code postal : _____

N° de téléphone : (____) _____ N° de télécopieur : (____) _____

Adresse électronique : _____

Ajoutez au besoin des feuilles supplémentaires de même format lorsque des renseignements sur plusieurs personnes sont requis ou si l'espace fourni n'est pas suffisant.

Remplir le point 16 seulement si les parties ont choisi un arbitre de grief.

16. Renseignements sur l'arbitre de grief

Nom : _____

Adresse postale

Appartement (si applicable) : _____ N° et rue : _____

Ville : _____ Province ou territoire : _____ Code postal : _____

N° de téléphone : (____) _____ N° de télécopieur : (____) _____

Adresse électronique : _____

Remplir le point 17 seulement si vous demandez l'établissement d'un conseil d'arbitrage de grief.

17. Renseignements sur la personne choisie comme membre du conseil d'arbitrage de grief

Nom : _____

Adresse postale

Appartement (si applicable) : _____ N° et rue : _____

Ville : _____ Province ou territoire : _____ Code postal : _____

N° de téléphone : (____) _____ N° de télécopieur : (____) _____

Adresse électronique : _____

18. Acceptation par l'agent négociateur de représenter le fonctionnaire s'estimant lésé dans la procédure d'arbitrage de grief

Étant dûment autorisé(e) à cet effet, je soussigné(e) déclare que l'agent négociateur accepte de représenter le fonctionnaire s'estimant lésé dans la procédure d'arbitrage relativement au grief individuel ci-joint.

Date : _____
(jj/mm/aaaa)

(Signature du représentant autorisé de l'agent négociateur)

(Fonction exercée auprès de l'agent négociateur)

Ajoutez au besoin des feuilles supplémentaires de même format lorsque des renseignements sur plusieurs personnes sont requis ou si l'espace fourni n'est pas suffisant.