

**GRIEVANCE PRESENTATION
PRÉSENTATION DE GRIEF**



UCCO-SACC-CSN

PROTECTED WHEN COMPLETED
PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI

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

- PLEASE PRINT
- EN LETTRES MOULÉES

REFERENCE NO / N° DE RÉFÉRENCE

A	SURNAME / NOM DE FAMILLE	GIVEN NAMES / PRÉNOMS	TELEPHONE NO. N° TÉLÉPHONE
	HOME ADDRESS / ADRESSE DU DOMICILE		JOB CLASSIFICATION CLASSIFICATON DE POSTE
	Public Safety Canada Sécurité publique Canada		Correctional Service of Canada Service Correctionnel du Canada
	SECTION	WORK LOCATION / LIEU DE TRAVAIL Institution	SHIFT / QUART DE TRAVAIL
B	DETAILS OF GRIEVANCE / DESCRIPTION DU GRIEF		
	CORRECTIVE ACTION REQUIRED / MESURES CORRECTIVES DEMANDÉES		
C	<p>And all other rights that I have under the Collective Agreement. As well as all real, moral or exemplary damages, to be applied retroactively with legal interest without prejudice to other acquired rights.</p> <p>et tous les autres droits que me donne la convention collective de travail, ainsi que tous dommages réels, moraux ou exemplaires, et ce, rétroactivement avec intérêts au taux légal, sans préjudice aux autres droits dévolus.</p>		
	SIGNATURE OF EMPLOYEE / SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ		DATE

**SECTION 2 TO BE COMPLETED BY UNION REPRESENTATIVE
À REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT SYNDICAL**

SIGNATURE OF UNION REPRESENTATIVE / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT SYNDICAL	DATE
--	------

**SECTION 3 TO BE COMPLETED BY THE MANAGEMENT REPRESENTATIVE
À REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT DE LA DIRECTION**

TITLE OF MANAGEMENT REPRESENTATIVE / TITRE DU REPRÉSENTANT DE LA DIRECTION	DATE RECEIVED DATE DE RÉCEPTION
SIGNATURE	COPY COPIE



GRIEVANCE TRANSMITTAL FORM FORMULAIRE DE TRANSMISSION DES GRIEFS

SECTION 1 TO BE COMPLETED BY EMPLOYEE / À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR L'EMPLOYÉ

**DEPARTMENT USE ONLY
À L'USAGE DU MINISTÈRE**

LEVEL / PALIER 2 LEVEL / PALIER 3

REFERENCE NO. / NO DE RÉFÉRENCE

(PLEASE PRINT / EN LETTRES MOULÉES)

SURNAME / NOM DE FAMILLE

GIVEN NAMES / PRÉNOMS

Department of the Solicitor General /
Ministère du Solliciteur général du Canada

Correctional Service of Canada /
Service correctionnel du Canada

LOCATION / ENDROIT

SIGNATURE

DATE

SECTION 2 TO BE COMPLETED BY THE UNION REPRESENTATIVE / À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE REPRÉSENTANT DU SYNDICAT

APPROVAL FOR REPRESENTATIVE 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 THE UNION REPRESENTATIVE / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT SYNDICAL

DATE

NAME OF LOCAL REPRESENTATIVE / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LOCAL DU SYNDICAT

ADDRESS FOR CONTACT AND REPLY / ADRESSE POUR FINS DE COMMUNICATION

SECTION 3 TO BE COMPLETED BY IMMEDIATE SUPERVISOR / À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE SUPERVISEUR IMMÉDIAT

DATE TRANSMITTAL RECIEVED /
TRANSMISSION DU GRIEF REÇU LE

SIGNATURE OF MANAGEMENT REPRESENTATIVE /
SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE LA DIRECTION



GRIEVANCE TRANSMITTAL FORM FORMULAIRE DE TRANSMISSION DES GRIEFS

SECTION 1 TO BE COMPLETED BY EMPLOYEE / À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR L'EMPLOYÉ

DEPARTMENT USE ONLY
À L'USAGE DU MINISTÈRE

LEVEL / PALIER 2 LEVEL / PALIER 3

REFERENCE NO. / NO DE RÉFÉRENCE

(PLEASE PRINT / EN LETTRES MOULÉES)

SURNAME / NOM DE FAMILLE

GIVEN NAMES / PRÉNOMS

Department of the Solicitor General /
Ministère du Solliciteur général du Canada

Correctional Service of Canada /
Service correctionnel du Canada

LOCATION / ENDROIT

SIGNATURE

DATE

SECTION 2 TO BE COMPLETED BY THE UNION REPRESENTATIVE / À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE REPRÉSENTANT DU SYNDICAT

APPROVAL FOR REPRESENTATIVE 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 THE UNION REPRESENTATIVE / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT SYNDICAL

DATE

NAME OF LOCAL REPRESENTATIVE / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LOCAL DU SYNDICAT

ADDRESS FOR CONTACT AND REPLY / ADRESSE POUR FINS DE COMMUNICATION

SECTION 3 TO BE COMPLETED BY IMMEDIATE SUPERVISOR / À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE SUPERVISEUR IMMÉDIAT

DATE TRANSMITTAL RECEIVED /
TRANSMISSION DU GRIEF REÇU LE

SIGNATURE OF MANAGEMENT REPRESENTATIVE /
SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE LA DIRECTION