

**GRIEVANCE PRESENTATION
PRÉSENTATION DE GRIEF**



UCCO-SACC-CSN

PROTECTED WHEN COMPLETED
PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI

REFERENCE NO / N° DE RÉFÉRENCE

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

• PLEASE PRINT EN LETTRES MOULÉES

A	SURNAME / NOM DE FAMILLE	GIVEN NAME / PRÉNOM	TELEPHONE NO. / N° TÉLÉPHONE
	HOME ADDRESS / ADRESSE DU DOMICILE		JOB CLASSIFICATION / CLASSIFICATION DE POSTE
	Department of the Solicitor General of Canada Ministère du Solliciteur Général du Canada		Correctional Service of Canada Service correctionnel du Canada
	PERSONAL EMAIL / COURRIEL PERSONNEL	WORK LOCATION / LIEU DE TRAVAIL	SHIFT / QUART DE TRAVAIL
B	DETAILS OF GRIEVANCE / DESCRIPTION DU GRIEF		
C	CORRECTIVE ACTION REQUIRED / MESURES CORRECTIVES DEMANDÉES		
	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 as set under section 3 of the <i>Interest Act</i> , RSC 1985, c I-15, without prejudice to other acquired rights. 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 stipulé à l'article 3 de la <i>Loi sur l'intérêt</i> , LRC 1985, c I-15, sans préjudice aux autres droits dévolus. <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> _____ SIGNATURE OF EMPLOYEE / SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ _____ DATE </div>		

SECTION 2 TO BE COMPLETED BY UNION REPRESENTATIVE
À ÊTRE REMPLI 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**



**LEVEL
PALIER**

2

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

**REFERENCE NO. / NO DE
RÉFÉRENCE**

SURNAME / *NOM DE FAMILLE*

GIVEN NAME / *PRÉNOM*

Minister of Public Safety and Emergency Preparedness
Ministère de la Sécurité publique et de la Protection civile

Correctional Service of Canada /
Service correctionnel du Canada

LOCATION / *LIEU*

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

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.*

ADDRESS FOR CONTACT AND REPLY / *ADRESSE POUR FINS DE COMMUNICATION*

NAME OF LOCAL REPRESENTATIVE / *NOM DU REPRÉSENTANT LOCAL DU SYNDICAT*

SIGNATURE OF THE UNION REPRESENTATIVE / *SIGNATURE DU REPRÉSENTANT
SYNDICAL*

DATE

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

SIGNATURE OF MANAGEMENT REPRESENTATIVE /
SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE LA DIRECTION

DATE TRANSMITTAL RECIEVED /
TRANSMISSION DU GRIEF REÇU LE

**GRIEVANCE TRANSMITTAL FORM
FORMULAIRE DE TRANSMISSION DES GRIEFS**



LEVEL
PALIER

3

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

REFERENCE NO. / NO DE
RÉFÉRENCE

SURNAME / NOM DE FAMILLE

GIVEN NAME / PRÉNOM

Minister of Public Safety and Emergency Preparedness
Ministère de la Sécurité publique et de la Protection civile

Correctional Service of Canada /
Service correctionnel du Canada

LOCATION / LIEU

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

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.

ADDRESS FOR CONTACT AND REPLY / ADRESSE POUR FINS DE COMMUNICATION

NAME OF LOCAL REPRESENTATIVE / NOM DU REPRÉSENTANT LOCAL DU SYNDICAT

SIGNATURE OF THE UNION REPRESENTATIVE / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT SYNDICAL

DATE

LIEU DE SIGNATURE

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

SIGNATURE OF MANAGEMENT
REPRESENTATIVE / SIGNATURE DU
REPRÉSENTANT DE LA DIRECTION

DATE TRANSMITTAL RECEIVED /
TRANSMISSION DU GRIEF REÇU LE