

**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		
	<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 as set under section 3 of the <i>Interest Act</i>, RSC 1985, c I-15, 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 stipulé à l'article 3 de la <i>Loi sur l'intérêt</i>, LRC 1985, c I-15, sans préjudice aux autres droits dévolus.</p>		
	SIGNATURE OF EMPLOYEE / SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ		DATE

**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*

EMPLOYEE SIGNATURE / *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 UNION REPRESENTATIVE / *NOM DU REPRÉSENTANT DU SYNDICAT*

SIGNATURE OF THE UNION REPRESENTATIVE /
SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DU SYNDICAT

DATE

SECTION 3 TO BE COMPLETED BY MANAGEMENT REPRESENTATIVE / À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE REPRÉSENTANT DE LA DIRECTION

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 / <i>NOM DE FAMILLE</i>		GIVEN NAME / <i>PRÉNOM</i>	
Minister of Public Safety and Emergency Preparedness <i>Ministère de la Sécurité publique et de la Protection civile</i>		Correctional Service of Canada / <i>Service correctionnel du Canada</i>	
LOCATION / <i>LIEU</i>	EMPLOYEE SIGNATURE / <i>SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ</i>	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 UNION REPRESENTATIVE / *NOM DU REPRÉSENTANT DU SYNDICAT*

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

DATE

PLACE OF SIGNATURE / *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