

AEU GRIEVANCE FORM/FORMULAIRE DE GRIEF DU SEA



GRIEVANCE NUMBER
NUMÉRO DU GRIEF

Name of Grievor:

Nom du ou de la requérante : _____

Telephone : office

Home:

Téléphone : Bureau : _____

Domicile: _____

Position Title

Branch/Component

Titre de poste : _____

Section/Élément : _____

Statement of grievance:

Exposé du grief :

Redress sought:

Redressement demandé :

Signature of Grievor :

Date : _____

Signature du ou de la requérant(e) : _____

Union Approval:

Approbation du syndicat : _____

Date: _____

(Signature and title of union officer)
(Signature et titre de l'agent(e) syndical(e))

Representation
Représentation

Name of Representative
Nom du ou de la représentant(e) : _____

Telephone : Office Home
Téléphone : Bureau _____ Domicile _____

Employer Receipt

Accusé de réception de l'employeur : _____ Date : _____

(Name and title of Employer Representative)
(Nom du titre de ou de la représentant(e) de l'employeur)

Distribution :	1 copy - Management	Diffusion :	1 copie - Direction
	1 copy - Union		1 copie - Syndicat
	1 copy - Grievor		1 copie - Requéran(e)