

**Grievance Form**

|  |  |
| --- | --- |
| Grievor’s Name | Grievance Number |
| Grievor’s Home Address |
| Day Time Phone Number | Evening Phone Number |
| Grievor’s Date of Hire | Permanent Job Title |
| Current Work Location |
| Name of Manager | Phone Number | Date Complaint Discussed with Manager |
| Union Representative | Phone Number |

**Statement of Grievance**

**Corrective Measures;**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grievor’s Signature | Date Signed | Date Submitted to Employer |

COPE Local 225, P.O. Box 19, Station A, Ottawa, ON, K1N 8V1

E-mail: correspondence@cope225sepb.ca

Phone: (613) 907 1626 / SMS: (613) 907 1626



**Formulaire pour un grief**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’employé-e qui s’estime lésé-e | Numéro du grief |
| Adresse résidentielle de l’employé-e qui s’estime lésé-e |
| Numéro de téléphone (jour) | Numéro de téléphone (en soirée) |
| Date d’embauche de l’employé-e qui s’estime lésé-e | Titre du poste permanent |
| Adresse du lieu de travail  |
| Nom du gestionnaire | Numéro de téléphone | Date à laquelle vous avez discuté du grief avec le gestionnaire  |
| Représentant-e syndical-e | Numéro de téléphone |

**Déclaration du grief**

**Mesures correctrices**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Signature de l’employé-e- qui s’estime lésé-e | Signé le  | Date remise à l’employeur |

SEPB, Section locale 225, B.P. 19, Station A, Ottawa, ON, K1N 8V1

Courriel: correspondence@cope225sepb.ca, Téléphone: (613) 907 1626