

**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](mailto: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](mailto:correspondence@cope225sepb.ca), Téléphone: (613) 907 1626