SYNDICAT DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES DES POSTES

FORMULE D'ENQUÊTE INTERNE
----- CONFIDENTIEL -----

PARTIE "A"

À COMPLÉTER PAR LE / LA PLAIGNANT(E) – EN LETTRES MOULÉES

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Téléphone : (_____) _____

No de membre : _____

No I.D. : _____

N.A.S. : _____ / _____ / _____

Classification : _____ Équipe : _____

Section / Succursale : _____

Bureau de poste : _____

Téléphone : (_____) _____

Horaire : De : _____ À _____

Section locale : MONTRÉAL_____

Employé(e) : Plein-temps : _____ Temps-partiel : _____

Employé(e) : Temporaire : _____ Essai : _____

Date d'entrée aux Postes : _____

Nom du délégué(e) d'atelier : _____ Date de l'enquête : _____

PARTIE "B" **(À COMPLÉTER PAR LE / LA PLAIGNANT(E) OU LE / LES TÉMOIN(S) AVEC L'ASSISTANCE DU DÉLÉGUÉ(E) D'ATELIER).**

Employé(e) lésé(e) : _____

L'incident donnant lieu à ce grief est survenu - Date _____ Heure : _____ Endroit : _____

Personnes en cause : Surveillant : _____ Témoin : _____

Surveillant : _____ Témoin : _____

DANS VOS PROPRES MOTS, EXPOSER TOUS LES FAITS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

À quelle date avez-vous pris connaissance pour la première fois que vous aviez été lésé(e) ? _____

Par la présente, j'autorise tout(e) représentant(e) du STTP à consulter mon dossier personnel.

(SIGNATURE) : _____

PARTIE "C"
Cette partie est réservée au / à la délégué(e) d'atelier

Vérification (✓) Heures et date de l'incident : _____ Déclaration écrite des témoins : _____
Documents supportant le grief : _____ (Lettre, liste d'égalité etc.) : _____

Cas spécifiques où des documents sont nécessaires pour la défense du grief :

Heures supplémentaires : Copie ou reconstitution de la liste d'heures supplémentaires :

Congé : Avis sans salaire, formule de "Demande de congé" certificat médical, copie d'assignation (Tribunaux) :

Salaire, primes Indemnité : Copie de la lettre de l'employeur, talon de chèque, mémo etc.

Discipline : Copie de l'avis de l'entrevue, copie de la lettre de l'employeur, signature et version écrite des témoins.

Informations additionnelles du / de la délégué(e) d'atelier :
(Commentaires de l'employeur, s'il y a lieu)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Redressement demandé :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Ce formulaire est la propriété exclusive du Syndicat des travailleurs et travailleuses des postes et doit parvenir à l'officier responsable de griefs dès que ledit formulaire est complété. Tout retard indu peut annuler la validité du grief.

À l'usage de la Section locale

1. Nom de l'officier responsable : _____
2. Pour toute mesure disciplinaire (incluant l'absentéisme) faire parvenir avec cette formule un résumé du dossier personnel du plaignant.

SIGNATURE : _____ **DATE :** _____

/md sepb 225