

LISTE DE VÉRIFICATION DES DOSSIERS DE GRIEF DE L'AFPC

NOM DE LA PLAIGANTE OU DU PLAIGNANT: _____

ADRESSE: _____

Ville/Municipalité

Province

Code postal

TÉL.: (travail): _____ (rés.): _____

CONVENTION COLLECTIVE OU UNITÉ DE NÉGOCIATION QUI S'APPLIQUE:

OBJET DU GRIEF: _____

(Si vous manquez d'espace, annexe une autre page)

PIÈCES JOINTES

	OUI	NON	S/O
Copie du formulaire de grief <u>lisible</u> (retapez le texte et annexe si illisible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie du formulaire de transmission lisible (palier 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie du formulaire de transmission (palier 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entente (s) de prolongation des délais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avis ou formulaire de renvoi approprié (arbitrage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noms et adresses des autres parties qui doivent être averties de l'audition de l'arbitrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réponse de l'employeur (palier 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réponse de l'employeur (palier 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réponse de l'employeur (palier 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résumé du plaidoyer présenté au 1 ^{er} palier de l'audition du grief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résumé du plaidoyer présenté au 2 ^e palier de l'audition du grief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résumé du plaidoyer présenté au 3 ^e palier de l'audition du grief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liste des cas de jurisprudence cités à toutes les auditions du grief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiche remplie de renseignements à l'intention de la déléguée ou du délégué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie/résumé de toute offre de règlement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication avec le plaignant ou la plaignante (dates et court résumé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie de tous les documents pertinents en ordre chronologique (annexe une liste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annexes (annexe une liste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXPLICATIONS DES CASES COCHÉES « NON » OU COMMENTAIRES

(Si vous manquez d'espace, veuillez annexer une autre page)

DÉLAIS	DATE LIMITE	DATE PRÉSENTÉE	DATE REÇU PAR L'EMPLOYÉ-E
Présentation du grief			x
Réponse au palier 1		x	
Transmission au palier 2			x
Réponse au palier 2		x	
Transmission au palier 3			x
Réponse au palier 3		x	
Renvoyé à l'arbitrage			X

NOM DE LA REPRÉSENTANTE OU DU REPRÉSENTANT SYNDICAL (**PALIER 1**) : _____

ADRESSE : _____

_____ TÉLÉC. : _____

TÉLÉPHONE : _____ COURRIEL : _____

SIGNATURE : _____

NOM DE LA REPRÉSENTANTE OU DU REPRÉSENTANT SYNDICAL (**PALIER 2**):

ADRESSE : _____

_____ TÉLÉC. : _____

TÉLÉPHONE : _____ COURRIEL : _____

SIGNATURE : _____

NOM DE LA REPRÉSENTANTE OU DU REPRÉSENTANT SYNDICAL (**PALIER 3**):

ADRESSE : _____

_____ TÉLÉC. : _____

TÉLÉPHONE : _____ COURRIEL : _____

SIGNATURE : _____

09/2001