FÉDÉRATION DES EMPLOYÉES ET EMPLOYÉS DE SERVICES PUBLICS

DÉCLARATION POUR FIN D'ENQUÊTE SYNDICALE

Syndicat _____ _____

Nom et prénom : _____

Numéro d'employé : _____

Titre d'emploi : _____

Quart de travail : _____

Statut de l'employé :

régulier temps complet ___
temps complet temporaire ___
régulier temps partiel ___
liste de rappel ___

Date où la personne a pris connaissance des faits : _____

Date de la présente déclaration : _____

TYPE DE PLAINTE :

Remplacement offert à une personne moins ancienne		Heures brisées	
Heures supplémentaires mal rémunérées		Horaire de travail mal respecté	
Répartition du temps supplémentaire		Erreur sur la paye	
Paiement de primes		Salaire	
Ancienneté		Expérience reconnue	
Banque de maladie		Maladie	
Droits parentaux		Mutations volontaires	
Lettre disciplinaire		Mesure disciplinaire	
Accident ou maladie du travail (*)		Conditions dangereuses (**)	
Harcèlement au travail			
AUTRE			

(*) Remplir aussi le formulaire de déclaration d'accident
(**) Communiquer très rapidement avec un(e) représentant(e) du comité en santé-sécurité

DÉCRIRE EN RÉSUMÉ LE(S) PROBLÈME(S)

FAIRE ICI UNE LISTE DE PERSONNES TÉMOINS DES FAITS

Signature de la ou des personnes concernée(s)

Signature du (de la) délégué(e) syndical(e)