

FORMULAIRE DE GRIEF

Dossier n° : 20XX-XXX

Employeur : École nationale d'administration publique

Employé (e) :

Unité administrative :

Supérieur :

Copie à : Élisabeth Robert

NATURE DU GRIEF

Mouvement de personnel

RÉCLAMATION DEMANDÉE

Je/Nous le(s) soussigné(es) affirme (ons) que XXX

Donc je/nous recommande (ons) que XXX. Nous réclamons également le remboursement de toute perte monétaire et le paiement des dommages et intérêts à toute personne salariée lésée, le tout avec les intérêts.

ARTICLES CONCERNÉS

Article XX de la présente convention collective.

Signature du plaignant

Date

Signature du dirigeant syndical

Date

Signature du supérieur

Date