

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

HÔTEL-DIEU

HÔPITAL NOTRE-DAME

HÔPITAL SAINT-LUC

1. AFFILIATION SYNDICALE ET TITRE D'EMPLOI

SYNDICAT FIQ SYNDICAT CSN TITRE D'EMPLOI : DATE :

2. IDENTIFICATION

Nom : Prénom :

Matricule : Courriel :

Tél. n° 1 : Tél n° 2 :

Téléavertisseur Cellulaire Domicile Téléavertisseur Cellulaire Domicile

TPR = titulaire de poste à temps partiel N J S ROT Centre d'activités :

Nombre de jours au poste par quinzaine : Tél.: (514) 890-8000 poste :

3. CONTENU DE LA PLAINTE

J'autorise l'employeur à transmettre au syndicat la réponse de ma demande de réclamation. Oui Non

4. ANALYSE ET CONCLUSION

Réclamation acceptée : Oui Non

Avisé par téléphone de vive voix : Date : Heure : Tél. :

Message laissé à une personne : Date : Heure : Qui :

Message laissé dans une boîte vocale : Date : Heure : Tél. :

Avisé par courriel : Adresse :

Motif principal :

Autorisé le : Par : Payé à la période :

Veillez faire parvenir le présent formulaire par télécopieur ou en personne à l'un des deux SECTEURS du Service de la gestion des remplacements, OÙ VOUS AVEZ EXPRIMÉ UNE DISPONIBILITÉ :

Direction des ressources humaines (secteur clinique)
850, Saint-Denis (Pavillon S - 5^e étage)
Montréal (Québec) H2X 0A9 Télécopieur : 514 412-7065

Direction des ressources humaines (secteur non clinique)
850, Saint-Denis (Pavillon S - 5^e étage)
Montréal (Québec) H2X 0A9 Télécopieur : 514 412-7296