

# FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

## 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 PLAINTÉ


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<sup>e</sup> étage)  
Montréal (Québec) H2X 0A9 Télécopieur : 514 412-7065

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