

**FORMULAIRE DE RÉCLAMATION ET
DE VÉRIFICATION D'UN QUART DE TRAVAIL**

SYNDICAT : FIQ
 CSN 2
 CSN 3
 APTS

Identification de la personne salariée

Nom et prénom : _____
Matricule : _____ No téléphone : _____
Titre d'emploi : _____
Centre d'activités : _____

Réclamation

Nom de la personne qui a fait
le quart de travail : _____
Nom de la personne absente : _____
Date : _____ Quart de travail : _____
Centre d'activités : _____
Temps supplémentaire : Dispo Autre : _____

Remarques : _____

Signature

Date

Réponse de l'employeur

Vérifié par : _____
Réclamation justifiée : Réclamation non justifiée :

Explications : _____

Signature

Date

Le délai de dépôt d'un grief ayant pour objet cette réclamation débutera au moment de la réponse officielle de l'employeur.

Copies : Conseillère, liste de rappel
 Syndicat

Rémunération (si justifié)
 Personne salariée
 Dossier de l'employé(e)