



Public
Service
Labour
Relations
Board

Commission des
relations de
travail dans la
fonction
publique

N° de dossier de la
C.R.T.F.P.

Pour usage interne
seulement

Formule 20
(sous-alinéa 89(1)a)(i))

AVIS DE RENVOI À L'ARBITRAGE D'UN GRIEF INDIVIDUEL
Interprétation ou application d'une disposition d'une convention collective ou
d'une décision arbitrale

Loi sur les relations de travail dans la fonction publique

- AVIS :**
- 1) L'original et une copie du présent avis doivent être déposés auprès du directeur général de la Commission.
 - 2) Deux copies du grief individuel original doivent être jointes au présent avis.
 - 3) **Il vous incombe d'informer la Commission de tout changement à vos adresse postale ou numéros de téléphone.**
 - 4) La partie à un grief individuel qui soulève une question liée à l'interprétation ou à l'application de la **Loi canadienne sur les droits de la personne** dans le cadre du renvoi à l'arbitrage du grief individuel doit en donner avis à la Commission canadienne des droits de la personne en utilisant la formule 24.
 - 5) Selon le paragraphe 209(2) de la **Loi sur les relations de travail dans la fonction publique**, un grief individuel qui porte sur l'interprétation ou l'application d'une disposition d'une convention collective ou d'une décision arbitrale ne peut être renvoyé à l'arbitrage sans que l'agent négociateur du fonctionnaire s'estimant lésé accepte de le représenter dans la procédure d'arbitrage.

1. Renseignements sur le fonctionnaire s'estimant lésé

M. Mme

Nom *(écrire en lettres moulées)* :

Prénom *(écrire en lettres moulées)* :

Autre(s) prénom(s) *(écrire en lettres moulées)* :

Adresse postale

Appartement *(si applicable)* :

N° et rue :

Ville :

Province ou territoire :

Code postal :

N^{OS} de téléphone *(où on peut vous joindre)*

N^{OS} de télécopieur *(où on peut vous joindre)*

Résidence : ()

Résidence : ()

Travail : ()

Travail : ()

Adresse électronique :

2. **Nom de l'employeur :**

3. **Lieu de travail** (*par exemple, ville ou municipalité*) :

4. **Ministère, direction ou division :**

5. **Section ou unité :**

6. **Titre du poste :**

7. **Classification :**

8. **Nom de l'agent négociateur :**

9. **Date à laquelle le grief individuel a été présenté au premier palier de la procédure applicable aux griefs individuels :** (jj/mm/aaaa)

10. **Date à laquelle le grief individuel a été présenté au dernier palier de la procédure applicable aux griefs individuels :** (jj/mm/aaaa)

11. **Date à laquelle l'employeur a remis sa décision au dernier palier de la procédure applicable aux griefs individuels** (*si applicable*) : (jj/mm/aaaa)

Je soussigné(e) renvoie le grief individuel ci-joint à l'arbitrage en vertu de l'article 209 de la *Loi sur les relations de travail dans la fonction publique*.

Date :
(jj/mm/aaaa)

(Signature du fonctionnaire s'estimant lésé)

Les points 12 à 18 doivent être remplis par le représentant autorisé de l'agent négociateur du fonctionnaire s'estimant lésé.

12. Renseignements sur le représentant autorisé de l'agent négociateur

Nom :

Adresse postale

Appartement (*si applicable*) : N° et rue :

Ville : Province ou territoire : Code postal :

N° de téléphone : () N° de télécopieur : ()

Adresse électronique :

13. Durée de la convention collective ou de la décision arbitrale faisant l'objet du grief individuel :

du (jj/mm/aaaa) au (jj/mm/aaaa)

14. Disposition de la convention collective ou de la décision arbitrale faisant l'objet du grief individuel :

Remplir le point 15 seulement si un arbitre de grief est désigné dans la convention collective.

15. Renseignements sur l'arbitre de grief

Nom :

Adresse postale

Appartement (si applicable) : N° et rue :

Ville : Province ou territoire : Code postal :

N° de téléphone : () N° de télécopieur : ()

Adresse électronique :

Remplir le point 16 seulement si les parties ont choisi un arbitre de grief.

16. Renseignements sur l'arbitre de grief

Nom :

Adresse postale

Appartement (si applicable) : N° et rue :

Ville : Province ou territoire : Code postal :

N° de téléphone : () N° de télécopieur : ()

Adresse électronique :

Remplir le point 17 seulement si vous demandez l'établissement d'un conseil d'arbitrage de grief.

17. Renseignements sur la personne choisie comme membre du conseil d'arbitrage de grief

Nom :

Adresse postale

Appartement (si applicable) : N° et rue :

Ville : Province ou territoire : Code postal :

N° de téléphone : () N° de télécopieur : ()

Adresse électronique :

18. Acceptation par l'agent négociateur de représenter le fonctionnaire s'estimant lésé dans la procédure d'arbitrage de grief

Étant dûment autorisé(e) à cet effet, je soussigné(e) déclare que l'agent négociateur accepte de représenter le fonctionnaire s'estimant lésé dans la procédure d'arbitrage relativement au grief individuel ci-joint.

Date :
(jj/mm/aaaa)

(Signature du représentant autorisé de l'agent négociateur)

(Fonction exercée auprès de l'agent négociateur)
