

Avis de mandat de grève

**Le présent formulaire doit être envoyé immédiatement après la confirmation du mandat de grève.
Si l'espace est insuffisant, veuillez ajouter une autre feuille.**

Adressé

au/à la : Secrétaire-trésorier(ère) national(e)

Copies : Président(e) national(e)

- Vice-présidences générales et régionales pour la région
- Directrice ou directeur général de la Direction de l'organisation et des services régionaux
- Direction et direction adjointe régionale pour la région
- Direction du Service des communications

N° de la section locale : _____ **Ville :** _____ **Province :** _____

Employeur : _____

Catégorie d'employés : _____

Nombre de membres dans l'unité de négociation : _____

Date du scrutin de grève : _____

Résultats du scrutin : _____ pour la grève : _____ contre la grève : _____
(nombre) (nombre) (nombre)

Historique de la négociation (dates, nombre de séances, progrès) :

Résumé des questions non réglées :

Conciliation (s'il y a lieu) (dates, nombre de séances, progrès) :

Noms et responsabilités des membres du comité des indemnités de grève :

Nom : _____ poste : _____ PRÉSIDENT(E)

Nom : _____ poste : _____

Les renseignements ci-dessus sont exacts et vérifiés. Signé le _____ du mois d(e) _____ 20____

Président(e) de la section locale : _____
(lettres moulées et signature)

Conseiller(ère) syndical(e) du SCFP : _____
(lettres moulées et signature)