

Avis de mandat de grève

**Le présent formulaire doit être envoyé immédiatement après la confirmation du mandat de grève et doit accompagner le rapport conformément à l'article 3.2 des règlements de la Caisse nationale 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
- Direction et direction adjointe de la Direction de l'organisation et des services régionaux
- Direction et direction adjointe régionale
- Direction du Service des communications

N° de la section locale :

Ville :

Province :

Employeur :

Type d'unité de négociation :

Durée des négociations : (dates, nombre de séances, progrès)

Questions non réglées :

Conciliation: (dates, nombre de séances, progrès)

Date du scrutin de grève :

Résultats du scrutin :

pour la grève;

contre.

(nombre)

(nombre)

Nombre de membres touchés dans l'unité de négociation :

Fonds de la section locale virés à la Caisse de grève :

\$

Noms et responsabilités des membres du comité de grève :

nom :

poste :

nom :

poste :

nom :

poste :

nom :

poste :

nom :

poste :

Président(e) de la section locale :

(lettres moulées)

(signature)

Conseiller(ère) syndicale(e) du SCFP :

(lettres moulées)

(signature)

Date :