

Estimation des indemnités de grève – 1^{ère} semaine

Ce formulaire doit être complété le premier jour de grève et envoyé immédiatement au SCFP National.

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

Date où le formulaire a été rempli : _____

Paiement prévu pour la première semaine d'admissibilité :

Du : _____ (date) au : _____ (date)

Nombre de membres au début de la grève : _____

Commentaires :

_____ Membres à 350 \$ par semaine (pour au moins 20 heures de tâches approuvées reliées à la grève)

TOTAL POUR LA SEMAINE _____ \$

Comptabilité de grève de la section locale

Montant transféré au fonds de grève de la section locale _____ \$

Autres montants transférés au fonds de grève de la section locale _____ \$

Total A _____ \$

Détails de tous les revenus de grève :

_____ \$
_____ \$
_____ \$ **Total B +** _____ \$

Total C (A+B) _____ \$

Détails des dépenses de grève :

_____ \$
_____ \$
_____ \$ **Total D -** _____ \$

Solde (C-D) _____ \$

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

Président(e) du comité de grève: _____
(lettres moulées et signature)

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