

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)