

Actuaires des parties :

EMPLOYEUR

SYNDICAT(S)

Nom

Nom

Adresse

Adresse

Téléphone

Cellulaire

Code postal

Télécopieur

Téléphone

Cellulaire

Code postal

Télécopieur

Courriel

Courriel

Nom

Adresse

Téléphone

Cellulaire

Code postal

Télécopieur

Courriel

Inscrivez au moins cinq dates pour lesquelles les parties ont confirmé être disponibles pour tenir des rencontres.

aaaa-mm-jj

aaaa-mm-jj

aaaa-mm-jj

aaaa-mm-jj

aaaa-mm-jj

aaaa-mm-jj

D – Signatures

Les parties demandent conjointement au ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale de nommer un conciliateur.

Signature en format PDF

Signature en format PDF

Signature de l'employeur

Signature du syndicat

Date

aaaa-mm-jj

Date

aaaa-mm-jj

Veuillez faire parvenir votre formulaire à la Direction générale des relations du travail à l'adresse électronique suivante : dgrtmontreal@travail.gouv.qc.ca

ou par télécopieur : 514 873-9696

Pour information : 514 873-4636