

Note – La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

A Numéro d'accréditation

À défaut d'indiquer votre numéro d'accréditation, nous ne pourrions traiter votre demande.

B Renseignements sur l'identité des parties

Employeur					Syndicat				
Nom de l'employeur					Nom du syndicat				
Numéro		Rue		Appartement	Numéro		Rue		Appartement
Adresse					Adresse				
Ville	Province			Code postal	Ville	Province			Code postal
Nom du représentant					Nom du représentant				
Nom du bureau (s'il y a lieu)					Nom du bureau (s'il y a lieu)				
Numéro		Rue		Appartement	Numéro		Rue		Appartement
Adresse (si différente de l'adresse ci-dessus)					Adresse (si différente de l'adresse ci-dessus)				
Ville	Province			Code postal	Ville	Province			Code postal
Téléphone			Télécopieur		Téléphone			Télécopieur	
Courriel					Courriel				

Nature des activités de l'entreprise ou de l'organisation

C Renseignements sur la demande

Nombre de salariés visés par l'accréditation à temps complet à temps partiel

Date d'expiration de la convention collective
AAAA-MM-JJ

Veuillez cocher une case pour indiquer le service visé par cette demande.

Formation liée aux relations patronales-syndicales

- Réussite d'une négociation de convention collective (nouveau)
- Bilan de santé des relations du travail (nouveau)
- Résolution de problèmes basée sur les intérêts
- Mise en place d'un comité patronal-syndical efficace
- Gestion efficace des griefs (nouveau)

Formation liée aux relations interpersonnelles

- Civilité au travail (nouveau)
- Bien-être au travail : « Se mobiliser pour faire une différence » (nouveau)

Aide d'une personne-ressource

- Intervention visant l'amélioration des relations du travail
- Nous vous contacterons, dans les meilleurs délais, pour bien cerner vos besoins et vos attentes. Ainsi, nous vous proposerons une démarche adaptée à ceux-ci.



C Renseignements sur la demande (suite)

Type de service demandé

- En ligne
 En présence

Nous vous demandons de ne pas inscrire de renseignements personnels ou confidentiels ci-dessous, puisque le formulaire peut être transmis par courriel non sécurisé.

Contexte à l'origine de la demande (description sommaire)

Objectifs recherchés par cette demande

D Signatures

Date

Signature de l'employeur

Date

Signature du syndicat

Faites parvenir votre formulaire à l'un de nos bureaux :

Bureau de Montréal

Direction de la médiation, de la conciliation et des services en relations du travail
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
35, rue de Port-Royal Est, 3^e étage
Montréal (Québec) H3L 3T1
Téléphone : 514 873-4636
Télécopieur : 514 873-9696
Courriel : dgrtmontreal@mtess.gouv.qc.ca

Bureau de Québec

Direction de la médiation, de la conciliation et des services en relations du travail
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
200, chemin Sainte-Foy, 6^e étage
Québec (Québec) G1R 5S1
Téléphone : 418 643-3239
Télécopieur : 418 644-3331
Courriel : dgrtquebec@mtess.gouv.qc.ca

