

A Numéro d'accréditation

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

B Renseignements sur l'identité des parties

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

Syndicat				
Nom du syndicat				
Numéro		Rue		Appartement
Adresse	Ville	Province	Code postal	
Nom du représentant				
Nom du bureau (s'il y a lieu)				
Numéro		Rue		Appartement
Adresse (si différente de l'adresse ci-dessus)	Ville	Province	Code postal	
Téléphone		Télécopieur		
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
- ☐ Bilan de santé des relations du travail
- ☐ Résolution de problèmes basée sur les intérêts
- ☐ Mise en place d'un comité patronal-syndical efficace
- ☐ Gestion efficace des griefs
- ☐ L'équipe : une affaire de collaboration (nouveau)

Formation liée aux relations interpersonnelles

- ☐ Civilité au travail
- ☐ Bien-être au travail : « Se mobiliser pour faire une différence »
- ☐ Prévenir et régler un différent relationnel en milieu syndiqué (nouveau)

Soutien offert lors de changements

- ☐ Réussir un changement important par la collaboration entre les parties (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)**

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
35, rue de Port-Royal Est, 3^e étage
Montréal (Québec) H3L 3T1
Téléphone : 514 873-4636
Télécopieur : 514 873-9696
Courriel : dgrtmontreal@travail.gouv.qc.ca

Bureau de Québec

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

