

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

A – Renseignements sur l'identité des parties

Nom exact de l'employeur (raison sociale)

Numéro d'accréditation

Lieu des conflits (municipalité)
Si le conflit a touché plusieurs établissements, veuillez indiquer dans quelle municipalité chacun des établissements est situé.

Nom de l'association syndicale et de la section locale, s'il y a lieu

Affiliation du syndicat

<input type="checkbox"/> CSC	<input type="checkbox"/> CSQ	<input type="checkbox"/> FCT	<input type="checkbox"/> Syndicat indépendant
<input type="checkbox"/> CSD	<input type="checkbox"/> CTC	<input type="checkbox"/> FTQ	<input type="checkbox"/> UPA
<input type="checkbox"/> CSN	<input type="checkbox"/> FAT-COI	<input type="checkbox"/> Autre.	<input type="text"/>

Précisez :

B – Renseignements sur le conflit

Cocher la case correspondant à la nature du conflit et indiquer la date de début et la date de fin de la grève ou du lock-out ainsi que la date de retour au travail.

<input type="checkbox"/> GRÈVE	Date de début (année-mois-jour) <input type="text"/>	Date de fin (année-mois-jour) <input type="text"/>	Date de retour au travail (année-mois-jour) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> LOCK-OUT	Date de début (année-mois-jour) <input type="text"/>	Date de fin (année-mois-jour) <input type="text"/>	Date de retour au travail (année-mois-jour) <input type="text"/>

S'il y a eu plusieurs arrêts de travail au cours du conflit, indiquer les dates de début et de fin de chaque arrêt.

Date de début (année-mois-jour)	Date de fin (année-mois-jour)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dans quel contexte ce conflit s'inscrit-il?

<input type="checkbox"/> Négociation d'une première convention collective	<input type="checkbox"/> Renouvellement d'une convention collective
Date du certificat d'accréditation <input type="text"/>	Date d'expiration de la dernière convention <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : <input type="text"/>	



Nombre de travailleurs touchés (Il s'agit du nombre de salariés compris dans l'unité d'accréditation en conflit.)

Au début du conflit :	Nombre de salariés à temps plein	<input type="text"/>	Nombre de salariés réguliers à temps partiel*	<input type="text"/>
À la fin du conflit :	Nombre de salariés à temps plein	<input type="text"/>	Nombre de salariés réguliers à temps partiel*	<input type="text"/>

Horaire de travail (avant le conflit) du groupe de travailleurs touchés

Nombre de jours d'exploitation par semaine	<input type="text"/>			
Salariés à temps plein :	Nombre de jours par semaine	<input type="text"/>	Nombre d'heures par jour	<input type="text"/>
Salariés réguliers à temps partiel* :	Nombre moyen d'heures par semaine	<input type="text"/>		

*Tous les salariés qui effectuent régulièrement une semaine de travail plus courte que la semaine normale.

Indiquer les principaux points en litige qui ont conduit à l'arrêt de travail par ordre d'importance. (Voir la liste fournie ci-bas.)

-
-
-

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|----------------------------------|
| A. Ancienneté | H. Durée de la convention | N. Mesures disciplinaires | T. Reconnaissance syndicale |
| B. Attribution du travail | I. Fermeture | O. Mutation, supplantation, promotion ou mise à pied | U. Refus de parapher une entente |
| C. Augmentation générale des salaires | J. Heures supplémentaires | P. Période de repos et repas | V. Rémunération au rendement |
| D. Avantages sociaux | K. Horaire de travail | Q. Plancher d'emploi | W. Rétroactivité |
| E. Charge de travail | L. Impasse ou lenteur ou refus de négociier | R. Prestations de retraite et assurance | X. Sécurité d'emploi |
| F. Classification des tâches | M. Jours fériés ou congés annuels de maladie, de maternité ou spéciaux | S. Primes | Y. Sous-traitance |
| G. Diminution générale des salaires | | | Z. Autres motifs (Précisez.) |

Renseignements fournis par : Employeur Syndicat

Nom du répondant : _____

Titre : _____ Numéro de téléphone : _____

MERCI DE VOTRE COLLABORATION!

Veillez nous transmettre le formulaire par la poste, par télécopieur ou par courriel :

Véronique Talbot, conseillère en information Direction des études et de l'information sur le travail Secteur du travail 425, rue Jacques-Parizeau, 5 ^e étage Québec (Québec) G1R 4Z1	Téléphone : 581 628-8934, poste 80163 Sans frais : 1 888-628-8934, poste 80163 Télécopieur : 418 643-3069 Courriel : avis@mtess.gouv.qc.ca
--	--

