

Renseignements sur l'employé ¹					
Prénom	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me}	Autre(s) prénom(s)	Nom de famille	Date de naissance (aa/mm/jj)	
Adresse postale	Rue	Ville	Territoire ou province	Code postal	
Téléphone	(travail)	(domicile)	(cellulaire)	Courriel	
S'agit-il d'une plainte faite par un tiers? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Si oui, veuillez indiquer votre nom et vos coordonnées dans la partie Précisions au sujet de la plainte du présent formulaire.		
Renseignements sur l'employeur					
Dénomination sociale ou nom de l'entreprise					
Adresse postale	rue	Adresse municipale du lieu de travail		rue	
Ville	Territoire ou province	Code postal	Ville	Territoire ou province	Code postal
Téléphone	(travail)	(domicile)	(cellulaire)	Courriel ou site Web	
Type d'entreprise			Embauché par		
Nom du directeur ou du superviseur			Nom de l'entrepreneur général ou du projet (industrie de la construction)		
Renseignements sur l'emploi					
Titre du poste		Début de l'emploi (aa/mm/jj)		Fin de l'emploi (aa/mm/jj)	
Avez-vous conservé un relevé personnel du nombre d'heures travaillées? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, joindre l'original.		Êtes-vous couvert par une convention collective? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, fournir les détails dans la partie Précisions au sujet de la plainte du présent formulaire.			
Travaillez-vous encore pour l'employeur dont le nom apparaît ci-dessus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, est-ce confidentiel? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, cocher l'une des options suivantes : <input type="checkbox"/> Départ volontaire <input type="checkbox"/> Congédiement <input type="checkbox"/> Mise à pied			
Taux de rémunération au moment de la cessation d'emploi (donner une seule réponse)					
\$/heure		\$/mois		\$/jour	
\$/semaine					
Autre (préciser) :					
Période de paye <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> À la quinzaine <input type="checkbox"/> Bimensuelle <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :					
Nombre d'heures de travail par jour : _____ Nombre d'heures de travail par semaine : _____			Avez-vous signé une entente relative aux heures supplémentaires? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, joindre une copie de l'entente.		
Savez-vous pour quelles raisons votre employeur ne vous paie pas votre salaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser.					

(suite à la page suivante)

