

Mise en garde : Le présent formulaire s'adresse uniquement aux personnes désirant soumettre une plainte pour représailles en vertu de la Loi sur l'équité salariale.

1 - IDENTIFICATION DE LA PARTIE PLAIGNANTE

MONSIEUR
 MADAME

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____ MUNICIPALITÉ _____ CODE POSTAL _____

TÉLÉPHONE (RÉSIDENT) _____ (TRAVAIL) _____ (CELLULAIRE) _____

COURRIEL _____

Préférez-vous que nous communiquions avec vous : Résidence Travail Cellulaire
Meilleur moment de la journée pour vous joindre ? : _____

2 - RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

NOM DE L'ENTREPRISE _____

ADRESSE _____ MUNICIPALITÉ _____ CODE POSTAL _____

TÉLÉPHONE _____ TÉLÉCOPIEUR _____ COURRIEL _____

3 - MOTIF DE LA PLAINTE POUR REPRÉSAILLES

3.1 Pour quels motifs croyez-vous être victime de représailles ?

- Vous avez exercé un droit résultant de la Loi sur l'équité salariale. (Exemples : déposer une plainte, poser des questions sur l'affichage, etc.)
- Vous avez fourni des renseignements à la Commission en application de la Loi sur l'équité salariale.
- Vous avez témoigné dans une poursuite s'y rapportant.

3.2 Précisions sur les faits (joindre une autre feuille si nécessaire) :

4 - CONSENTEMENT

Je, _____, donne conformément à l'article 107 de la Loi sur l'équité salariale le consentement suivant :

PRÉNOM ET NOM

Je consens à ce que la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail demande, le cas échéant, au Tribunal administratif du travail de prendre des mesures à mon égard en raison des représailles dont je crois avoir fait l'objet.

Pour permettre à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail de s'adresser au Tribunal administratif du travail, je comprends qu'en signant le présent consentement, mon identité sera dévoilée à la personne qui a exercé les représailles ainsi qu'à mon employeur.

SIGNATURE _____ DATE _____

Ce consentement est valide pour la durée du traitement de votre dossier par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

5 - SIGNATURE

Je déclare que les renseignements mentionnés dans ce formulaire sont vrais à ma connaissance.

SIGNATURE _____ DATE _____

Vous pouvez déposer une plainte si vous croyez subir des représailles parce que vous avez exercé un droit résultant de la Loi sur l'équité salariale. Votre employeur ne peut exercer de représailles contre vous si vous avez exercé un droit en vertu de la Loi, fourni des renseignements à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail en application de la Loi ou témoigné dans une poursuite portant sur l'application de la Loi.

Si vous croyez être victime de représailles, vous pouvez demander l'intervention de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail dans un délai de 30 jours suivant les représailles.

Pour obtenir plus de renseignements, vous pouvez joindre notre Centre de relations clients du lundi au vendredi de 8 h à 17 h ou consulter notre site Web

cnesst.gouv.qc.ca

- De partout au Québec (sans frais) 1 844 838-0808

Faites nous parvenir ce formulaire dûment signé par télécopieur au 418 528-6999 ou par la poste à l'adresse suivante :

Direction des activités de surveillance
CNESST
Hall Est, 6^e étage
400, boulevard Jean-Lesage
C. P. 18500, Terminus postal
Québec (Québec) G1K 7Z5