

**A – Numéro d'accréditation**

Numéro d'accréditation

**B – Identification des parties**

|                        |            |             |                        |            |             |
|------------------------|------------|-------------|------------------------|------------|-------------|
| Nom de l'employeur     |            |             | Nom du syndicat        |            |             |
| Adresse                |            |             | Adresse                |            |             |
|                        |            | Code postal |                        |            | Code postal |
| Représenté par         |            |             | Représenté par         |            |             |
| Nom du bureau          |            |             | Nom du bureau          |            |             |
| Adresse, si différente |            |             | Adresse, si différente |            |             |
|                        |            | Code postal |                        |            | Code postal |
| Téléphone              | Cellulaire | Télécopieur | Téléphone              | Cellulaire | Télécopieur |
| Courriel               |            |             | Courriel               |            |             |

**C – Information générale**

Assujettissement aux services essentiels ? Oui Non

Conformément à l'article 111.0.23 du Code du travail, nous vous avisons qu'une grève

à **durée indéterminée** sera déclenchée, par l'association accréditée précitée, à compter du \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

(date) (heure)

OU

à **durée déterminée** sera déclenchée, par l'association accréditée précitée, à compter du \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

(date) (heure)

Cette grève prendra fin le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

(date) (heure)

La liste ou l'entente des services essentiels est jointe à cette présente copie transmise.



La liste ou l'entente des services essentiels suivra, dans le délai prévu au troisième alinéa de l'article 111.0.23 du Code du travail, auprès du Tribunal administratif du travail.

Signature en format PDF

Date aaaa-mm-jj \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Nom, prénom Signature

**D – Transmission de l'avis**

A) Premièrement, l'avis doit être transmis à l'employeur.

B) Puis l'avis doit être transmis à **chacun** des organismes situés à Montréal ou à Québec.

Par courrier électronique, télécopieur ou encore par la poste au :

Et par télécopieur ou par la poste à la :

**Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale**

Courriel : [avis@travail.gouv.qc.ca](mailto:avis@travail.gouv.qc.ca)  
Télécopieur : 418 528-0559

Direction générale des relations du travail 200, chemin Sainte-Foy, 6<sup>e</sup> étage Québec (Québec) G1R 5S1  
Direction générale des relations du travail 35, rue de Port-Royal Est, 3<sup>e</sup> étage Montréal (Québec) H3L 3T1

Pour information : 1 800 643-4817

**Tribunal administratif du travail**

Télécopieur : 418 643-8946 Télécopieur : 514 873-3112

900, boul. René-Lévesque Est, 5<sup>e</sup> étage Québec (Québec) G1R 6C9 35, rue de Port-Royal Est, 2<sup>e</sup> étage Montréal (Québec) H3L 3T1

Pour information : 1 866 864-3646