

Avant de remplir et d'expédier votre formulaire, nous vous invitons à joindre le personnel de notre Service de renseignements qui pourra vous confirmer si la situation que vous désirez dénoncer relève bien de la Loi sur l'équité salariale et, au besoin, vous aider à préciser l'objet de votre plainte.

VOUS POUVEZ NOUS JOINDRE DU LUNDI AU VENDREDI DE 8 H 30 À 12 H ET DE 13 H À 16 H 30 :

- De partout au Québec (sans frais) 1 888 528-8765
- Région de Québec (418) 528-8765

Pour plus d'information, n'hésitez pas à consulter notre site Web

[www.ces.gouv.qc.ca](http://www.ces.gouv.qc.ca)

Dès la réception de votre plainte, nous confirmerons l'ouverture de votre dossier. Par la suite, un enquêteur ou une enquêtrice communiquera avec vous pour obtenir, au besoin, les renseignements nécessaires à l'analyse de votre plainte. Votre dossier sera traité de manière confidentielle.

**NOUS VOUS INVITONS À RETOURNER CE FORMULAIRE DE PLAINTE DÛMENT SIGNÉ**

*par courrier*

Commission de l'équité salariale  
200 chemin Sainte-Foy, 4<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1R 6A1

ou

*par télécopieur*  
(418) 528-6999

## 1 IDENTIFICATION DE LA PARTIE PLAIGNANTE

MONSIEUR

MADAME

NOM

PRÉNOM

ADRESSE

MUNICIPALITÉ

CODE POSTAL

( )  
TÉLÉPHONE (TRAVAIL)

( )  
(RÉSIDENCE)

Préférez-vous que nous communiquions avec vous  maison  travail

MEILLEUR MOMENT DE LA JOURNÉE POUR VOUS JOINDRE ?

Vous déposez la plainte à titre de :

Personne salariée non-syndiquée

Personne salariée syndiquée

NOM DE VOTRE ASSOCIATION ACCRÉDITÉE (SYNDICAT)

Association accréditée (syndicat)

NOM DE L'ASSOCIATION ACCRÉDITÉE (SYNDICAT)

## 2 RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

NOM DE L'ENTREPRISE

ADRESSE

MUNICIPALITÉ

CODE POSTAL

( )  
TÉLÉPHONE

( )  
TÉLÉCOPIEUR

COURRIEL

PERSONNE À CONTACTER

FONCTION DE CETTE PERSONNE

## 3 LES MOTIFS DE LA PLAINTE

Présentez les faits. En quoi la Loi sur l'équité salariale n'est-elle pas respectée ? S'il y a lieu, résumez les démarches que vous avez déjà entreprises à ce sujet.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 4 SIGNATURE

Je déclare que les renseignements mentionnés dans ce formulaire sont vrais au meilleur de ma connaissance et je demande à la Commission de l'équité salariale d'intervenir.

SIGNATURE

DATE