

INFORMATIONS POUR LA PARTIE PLAIGNANTE

Mise en garde : Ceci est le formulaire pour déposer une plainte pour représailles en vertu de la *Loi sur l'équité salariale*. Seules les personnes salariées peuvent déposer ce type de plainte.

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 sur l'équité salariale*, fourni des renseignements à la CNESST en application de la Loi ou témoigné dans une poursuite portant sur l'application de cette loi.

Si vous croyez être victime de représailles, vous pouvez demander l'intervention de la CNESST dans un délai de 30 jours suivant les représailles.

Avant de remplir et d'expédier votre formulaire, nous vous invitons à joindre le personnel de notre Centre de relations clients, qui pourra vous informer si votre situation relève bien de la *Loi sur l'équité salariale* et, au besoin, vous aider à formuler votre plainte.

Vous pouvez nous joindre du lundi au vendredi :

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

Sur réception du formulaire de plainte, nous confirmerons l'ouverture de votre dossier. Aucun autre document ne doit accompagner le formulaire à cette étape-ci. Par la suite, un enquêteur ou une enquêtrice communiquera avec vous et recueillera les renseignements supplémentaires pour l'analyse de votre plainte. C'est à ce moment que vous pourrez fournir des documents supplémentaires si vous le jugez opportun.

Les champs obligatoires sont identifiés par un astérisque.

Faites-nous parvenir ce formulaire en cliquant sur le bouton « Envoyer », qui se trouve à la fin du formulaire.

1. INFORMATIONS SUR LA PARTIE PLAIGNANTE

*Titre De quelle façon voulez-vous que nous nous adressions à vous		Madame Monsieur Autre	*Nom	*Prénom
*Adresse				
*Municipalité		*Province		*Code postal
*Téléphone (inscrire au moins un numéro)	(résidence)	(travail)	(cellulaire)	
Courriel				
De quelle façon préférez-vous que nous communiquions avec vous		Téléphone résidence	Téléphone travail	Cellulaire
Statut : Non-syndiqué(e) Syndiqué(e)		Nom du syndicat (si applicable)		
Nom de la personne de l'organisation syndicale que vous désirez mandater pour le traitement de votre plainte, le cas échéant			La personne dont vous inscrivez le nom sera celle avec laquelle l'enquêteur ou l'enquêtrice prendra contact pour le traitement de l'ensemble des étapes de votre plainte.	
Titre		Courriel		
Téléphone		Vous pouvez utiliser le modèle de mandat proposé par la CNESST si vous souhaitez qu'une autre personne, une entreprise ou une firme vous représente dans le traitement de votre plainte.		
Si vous ne souhaitez pas que votre organisation syndicale vous représente dans le cadre du traitement de votre plainte, veuillez cocher la case suivante				

2. INFORMATIONS SUR L'ENTREPRISE VISÉE PAR LA PLAINTÉ

*Nom de l'entreprise

*Adresse

*Province

*Code postal

*Municipalité

*Téléphone

Nom de la personne
à contacterCourriel de cette
personneFonction de cette
personne**3. MOTIFS DE LA PLAINTÉ POUR REPRÉSAILLES***** Pour quels motifs croyez-vous être victime de représailles ? (Vous pouvez cocher plus d'une case.) :**J'ai exercé un droit résultant de la *Loi sur l'équité salariale*.

Exemples : déposer une plainte, poser des questions sur l'équité salariale

J'ai fourni des renseignements à la CNESST en application de la *Loi sur l'équité salariale*.

J'ai témoigné dans une poursuite s'y rapportant.

Décrivez brièvement les représailles visées par votre plainte. Veuillez noter que les motifs de la plainte pourront être précisés et reçus dans le cadre de l'enquête.**À quelle date croyez-vous avoir subi les représailles visées par votre plainte ?**

4. CONSENTEMENT

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

Je consens à ce que la CNESST 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 CNESST 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.

Ce consentement est valide pour la durée du traitement de votre dossier par la CNESST.

5. DÉCLARATION

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

Pour soumettre votre formulaire de demande à la CNESST, enregistrez-le sur votre poste de travail afin de pouvoir utiliser le bouton « Envoyer ».

Vous pouvez aussi nous le faire parvenir par courriel à plainte.es@cnesst.gouv.qc.ca ou par la poste à l'adresse suivante :

Direction des enquêtes et de la médiation
Vice-présidence à l'équité salariale
CNESST
C.P. 19350, Succ Terminus
Québec (Québec) G1K 0J4

ENVOYER