L'usage du masculin a pour but d'alléger le texte.

APPEL AU RECLASSEMENT DE POSTE

Tout employé qui est en désaccord avec les degrés accordés au reclassement de son poste, peut faire appel au résultat en présentant une demande de reconsidération. Le présent formulaire doit être complété et soumis à la direction du Service des ressources humaines dans les trente (30) jours ouvrables suivant la date de l'avis du reclassement de poste.

Les raisons du désaccord du reclassement doivent être inscrites sur le présent formulaire. Veuillez utiliser des pages additionnelles au besoin.

Titre du poste	Nom de l'employé
Lieu de travail	Superviseur immédiat
Date	Signature de l'employé

Raisons du désaccord :

SECTION RÉSERVÉE AU SUPERVISEUR

☐ Je suis en accord avec le résumé tel que décrit.

☐ Je suis en désaccord avec le résumé tel que décrit pour les raisons suivantes :
(veuillez utiliser des pages additionnelles au besoin)

Signature du superviseur	Date