



COMPLAINT REGISTRATION

ENREGISTREMENT DE LA PLAINTE

DO NOT USE FOR REFUSALS TO WORK IN CASE OF DANGER
(Refer to section 128 of the Code)

NE PAS UTILISER POUR LES REFUS DE TRAVAILLER EN CAS DE DANGER
(Se référer à l'article 128 du Code)

Canada Labour Code, Part II - Occupational Health and Safety
Non-smoker's Health Act
Hazardous Products Act

Code canadien du travail, Partie II - Santé et sécurité au travail
Loi sur la santé des non-fumeurs
Loi sur les produits dangereux

When complete, **Submit to: Transport Canada**

Une fois le formulaire rempli, **veuillez l'envoyer à : Transports Canada**

SECTION A – INFORMATION ABOUT COMPLAINANT
SECTION A – RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) PLAIGNANT(E)

<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Mme.	<input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Mlle	Last Name – Nom de famille	First or Given Name – Prénom	Middle Initial – Initiale
Mailing Address – Adresse postale			City and Province – Ville et province		Postal Code – Code postal
Home Telephone No. – N° de téléphone (à domicile)		Telephone No. for messages – N° de téléphone [messages]		Fax No. – N° de télécopieur	
E-mail Address – Courrier électronique		Your Job Title/Occupation – Titre de votre poste/Profession		Are you covered by a collective agreement? Êtes-vous assujéti(e) à une convention collective?	
Union – Syndicat		Representative Name – Nom du représentant		<input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non	

SECTION B – INFORMATION ABOUT YOUR EMPLOYER
SECTION B – RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE EMPLOYEUR

Name of Employer, Company or Business Nom de l'employeur ou de l'entreprise		Street Address and/or Employer's Mailing Address Adresse municipale et/ou adresse postale de l'employeur			
City and Province – Ville et province		Postal Code – Code postal	Telephone No. – N° de téléphone		
Fax No. – N° de télécopieur	E-mail Address – Courrier électronique		Type of Business – Genre d'activité		
Name of Supervisor – Nom du supérieur hiérarchique		Telephone No. – N° de téléphone		Number of Employees – Nombre d'employés	
Check one – Cochez une des réponses suivantes Is there a work place Health and Safety committee? <input type="checkbox"/> Yes / Oui		Name of Employer Health & Safety Co-Chair Nom du coprésident du comité représentant l'employeur		Telephone No. – N° de téléphone	
A work place Health and Safety representative? Un représentant à la santé et la sécurité? <input type="checkbox"/> Yes / Oui		Name of Employee Health & Safety Co-Chair or Representative Nom du coprésident du comité représentant l'employé ou nom de représentant		Telephone No. – N° de téléphone	

SECTION C – INFORMATION ABOUT YOUR COMPLAINT
SECTION C – RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE PLAINTE

Complaint concerns (check one) Plaintes concernées (cochez une des réponses suivantes)		
Canada Labour Code Part II Code canadien du travail, Partie II <input type="checkbox"/>	Non-smokers' Health Act Loi sur la santé des non-fumeurs <input type="checkbox"/>	Hazardous Products Act Loi sur les produits dangereux <input type="checkbox"/>
Work Site Address (if different from above) – Adresse du lieu de travail (si elle diffère de l'adresse ci-haut indiquée)		Location at work site – Endroit dans le lieu de travail
Was your complain discussed with your supervisor? Avez-vous discuté de la plainte avec votre superviseur?		<input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non

Nature of Complaint – Nature de la plainte

Continued on separate page Yes
Suite sur un feuille séparée Oui

SECTION D – INTERNAL COMPLAINT RESOLUTION PROCESS [refer section 127.1 of the Code]

**(to be filled in for complaints under Part II)
(à remplir pour des plaintes sous la partie II)**

SECTION D – PROCESSUS DE RÈGLEMENT INTERNE DES PLAINTES [se référer à l'article 127.1 du Code]

Name of Supervisor complaint was discussed with Nom du supérieur hiérarchique avec qui vous avez discuté de la plainte	Telephone No. – N° de téléphone	Date of discussion (yyyy-mm-dd) Date de la discussion (aaaa-mm-jj)
---	---------------------------------	---

Action Taken – Action prise

Name of persons who jointly investigated the complaint Noms des personnes ayant conjointement mené l'enquête	Employer Representative – Représentant de l'employeur	Telephone No. – N° de téléphone	Investigators determined complaint justified Les enquêteurs ont établi que la plainte était fondée <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/> Could Not Agree / Ne s'entendent pas sur le bien-fondé de la plainte
	Employee Representative – Représentant de l'employé	Telephone No. – N° de téléphone	

Date written report received from joint investigators (yyyy-mm-dd) Date de réception du rapport écrit des enquêteurs (aaaa-mm-jj)	Attached? – Rapport ci-annexé? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non
--	--

Employer's Response (to be completed if investigators found complaint justified) – Mesures prises par l'employeur (à remplir si les enquêteurs ont conclu au bien-fondé de la plainte)

Was this complaint discussed with another government representative? Cette plainte a-t-elle été discutée avec un autre représentant du gouvernement? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non	Specify – Veuillez préciser
---	-----------------------------

**SECTION E
SECTION E**

I certify all information is true and correct to my knowledge.
J'atteste que les renseignements fournis sont, à ma connaissance, véridiques et exacts.

Signature

Date (yyyy-mm-dd / aaaa-mm-jj)

**SECTION F – FOR OFFICE USE ONLY
SECTION F – À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU**

Date received (yyyy-mm-dd) Date de réception (aaaa-mm-jj)	Name of Official Receiving Nom de l'officier qui la reçut	By (Check one) Plainte reçue par (Cochez une réponse) <input type="checkbox"/> Interview / Entrevue <input type="checkbox"/> Mail / Courrier <input type="checkbox"/> Fax / Télécopieur <input type="checkbox"/> E-mail / Courrier électronique
Signature		Date Acknowledgement Letter of Receipt sent to complainant (yyyy-mm-dd) Date d'envoi de l'accusé de réception au plaignant (aaaa-mm-jj)