



ARV *FORMULARIO DE QUEJAS Y AGRAVIOS* SPU
SINDICATO DE EMPLEADOS DE REHABILITACION VOCACIONAL



Fecha: _____ **PRIMER PASO – B** Caso Número _____

Nombre del Querellante: _____ Seguro Social: _____

Dirección del Querellante: _____

Teléfono: _____ Puesto que ocupa: _____ Centro de Trabajo:

_____ Cita de la Ley, Reglamento, Orden Administrativa, Artículo y/o

Sección del Convenio Colectivo que alega fue violado: _____

Alegación del Querellante, breve descripción del evento querellado (incluya fecha, hora y lugar de la
ocurrencia: provea documentos pertinentes o cualquiera otra prueba a su favor) : _____

Nombre de Testigos: _____

Petición del Querellante: _____

CERTIFICACION

Conforme con el Procedimiento para la Solución de Quejas y Agravios entre las partes, Artículo XII. Sección 8, Inciso 8.1-b del Convenio Colectivo entre la Adiministración de Rehabilitación Vocacional y Servidores Públicos Unidos de Puerto Rico (SPU/AFSCME), Certificamos:

Que nos reunimos con _____, Directora de Personal y Recursos Humanos de la ARV, _____, querellante y el (la) delegado (a) de la Unión, el (la) Sr. (a.) _____, para discutir la querella presentada y que su resultado fue:

A) _____ Resuelta mediante la aplicación del siguiente acuerdo: _____

B) _____ No Resuelta y las parten deciden pasar la misma al Comité de Conciliación.

Certificado hoy, _____ de _____ de 20_____

Nombre del Querellante: _____ Firma: _____

Directora de Personal: _____ Firma: _____

Nombre del Delegado (a): _____ Firma: _____