Commission du travail du Manitoba
175, rue Hargrave, bureau 500, Winnipeg (Manitoba) R3C 3R8
Téléphone : 204 945-3783
Télécopieur : 204 945-1296
www.gov.mb.ca/labour/labbrd

FORMULE A : Exposé des renseignements généraux exigés dans toutes les procédures

LOI SUR LES RELATIONS DU TRAVAIL

Intitulé abrégé des procédures : **Nom de l'employeur :** _____

Nom du syndicat : _____

Nature des procédures : (Accréditation, pratique déloyale de travail, révocation, etc.)

_____

Les documents annexés sont déposés au nom de _____

par _____ **de** _____
(adresse) (n° de téléphone) (n° de télécopieur)

Charge de la personne déposant les documents : _____

Intérêt ou qualité de la partie pour le compte de laquelle les documents sont déposés : _____

_____
(employeur, intervenant, partie requérante à l'accréditation, etc.)

Brève description de l'entreprise de l'employeur visé : _____

_____

Adresse de l'employeur : _____

_____ **N° de téléphone** _____ **N° de télécopieur** _____

Détails concernant les autres parties qui sont directement intéressées (dont le nom n'apparaît pas ci-dessus) :

Nom	Adresse	Nature de l'intérêt

CANADA :
PROVINCE DU MANITOBA :
À SAVOIR :

Je soussigné(e)
de **de**
en la province de
déclare solennellement ce qui suit :

1. **Je suis** **de l'organisme susmentionné et j'ai une connaissance personnelle des faits énoncés dans l'annexe aux présentes sauf ceux qui sont tenus pour véridiques sur la foi de renseignements.**

***2.** **Les faits énoncés dans** **annexé(e) aux présentes sont vrais.**

***3.** **Les faits tenus pour véridiques sur la foi de renseignements sont, au mieux de ma connaissance, conformes à la réalité, et j'ai révélé ma source de renseignements.**

*(Rayer la mention si elle est inutile)

Et je fais cette déclaration solennelle sachant qu'elle a la même force et le même effet que si elle était faite sous serment et en application de la *Loi sur la preuve*.

DÉCLARÉ SOLENNELLEMENT devant moi en la ville de **en la province du** **,**
en ce **jour de** **20** **.**

_____ _____
Commissaire à l'assermentation **Signature**

Mon mandat prend fin

_____

(Rév. 04-2008)