



Fecha: _____

SEGUNDO PASO

Caso Número _____

Comité de Conciliación

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 8.2 del Convenio Colectivo entre la Adiministración de Rehabilitación Vocacional y Servidores Públicos Unidos de Puerto Rico (SPU/AFSCME), Certificamos:

Que el Comité de Quejas y Agravios se reunió el _____ de _____ de 20____, para discutir la querrela presentada por el (la) Querellante y que el resultado fue:

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

B) _____ No Resuelta y la misma será sometida al Procedimiento de Arbitraje.

Certificado hoy, _____ de _____ de 20____

Nombre del Rep ARV: _____ Firma: _____

Nombre del Rep ARV: _____ Firma: _____

Nombre del Rep Unión: _____ Firma: _____

Nombre del Rep Unión: _____ Firma: _____