



FORMULAIRE A COMPLETER, SIGNER ET REMETTRE A UNE PERSONNE MANDATEE PAR LE CONSEIL DE L'UNION SYNDICALE SOLIDAIRES 55 : Anne, Benjamin, Emmanuelle, Gaëlle, Jonathan, Yannick,...

Date de la demande : _____

NOM, Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse postale : _____

Email : _____

Téléphone : _____

Employeur : _____

Demande

Nombre de jours de grève (mini ½) : _____

Dates des jours de grève : _____

Nombre de jours demandés (maximum = nombre de jours grévés): _____

Je soussigné·e _____ déclare sur l'honneur:

- ne pas avoir demandé d'aide à une autre caisse de grève pour les mêmes journées
- ne pas être adhérent.e à un syndicat qui propose une caisse de grève
- attester de l'exactitude des informations indiquées dans la présente demande

Date :

Signature :

Partie réservée à Solidaires Meuse:

Demande instruite par : _____

Nombre de jours financés par la Caisse : _____

Montant du versement : _____

Date du versement : _____

