|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***TRIBUNAL ADMINISTRATIF***  ***DE L’ORGANISATION INTERNATIONALE***  ***DU TRAVAIL*** | | | | | | | | | | | | | **DEMANDE**  **D’INTERVENTION**  *(Article 13, paragraphe 1, du Règlement du Tribunal)* | | | | | | |
|  | **IMPORTANT**  Donner les informations requises en remplissant les cases ci-dessous. Lorsqu’une rubrique ne s’applique pas à votre cas, le préciser (ou porter la mention N/A). | | | | | | | | | | | **A REMPLIR PAR LE GREFFE DU TRIBUNAL** | | | | | | |  | |
| **Date de dépôt:** | | | | | | |
| **1** | **L’auteur de la demande** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Nom de famille | | | | | | | | Prénom(s) *(en toutes lettres)* | | | | | | | M./Mme/Mlle | | | ***Ne pas utiliser d’initiales.*** | |
|  | Date de naissance | | | | | | | | | Lieu de naissance | | | | | | | | |  | |
|  | Jour | Mois | | | | Année | | | | Ville | | | Pays | | | | Nationalité(s) | |  | |
|  |  | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | |  | |
|  | Adresse postale | | | | | | | | | | | | Téléphone | | | | E-mail | | ***Veuillez signaler toute modification au greffe.*** | |
|  |  | |
|  | **Qualité**  *(Voir l’article II(6) du Statut du Tribunal.)*  *Cocher la case*  *correspon-*  *dante.* | | 1 |  | **Fonctionnaire en activité :**  Organisation :      Grade actuel : | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 2 |  | **Ancien fonctionnaire :**  - Dernier grade détenu :  - Organisation employeur : | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 3 |  | **Autre.**  Indiquer le nom du fonctionnaire décédé dont les droits sont invoqués : | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | Nom de famille | | | | | | Prénom(s) | | | | | | | M./Mme/Mlle |  | | |
|  | Liens qui unissent l’auteur de la demande audit fonctionnaire: | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | Le mandataire\*, le cas échéant: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | Nom de famille    Adresse postale | | | | | | | Prénom(s)    Téléphone | | | | | | | Qualité    E-mail | | | |  | | |
|  | *\* Le mandataire* ***est tenu*** *de fournir l’original ou une copie certifiée conforme d’une procuration.* | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **2** | **AFFAIRE:** | | | | | | Nom du requérant:  Organisation défenderesse:  Numéro de l’affaire: AT 5- | | | | | | | | | | | | ***Indiquer ici l’affaire faisant l’objet de la demande d’intervention.*** |
| **3** | **SITUATION DE DROIT ET DE FAIT** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Tout intervenant doit indiquer les raisons pour lesquelles il considère qu’il se trouve dans une situation de droit et de fait similaire à celle du requérant. | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | *Prière d’indiquer pourquoi vous considérez être dans une situation de droit et de fait similaire à celle du requérant:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | ***L’espace n’est pas limité.*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SIGNATURE** | | | | | | | | ***Signer chaque exemplaire; une simple photocopie de la signature ne suffit pas.*** |
|  | En apposant sa signature ci-dessous, l’auteur de la demande ou son mandataire certifie la conformité: | | | | | | | |
|  | a) des trois exemplaires de la présente formule;  b) de tous les documents annexés qui sont des copies (transcriptions, photocopies, etc.);  c) des traductions requises, vers l’anglais ou le français, de toute pièce jointe qui n’est pas rédigée   dans une de ces langues. | | | | | | | |
|  | Date | | | | | Signature | | |  |
|  | **Annexes : Pièces jointes** (*dans l’ordre chronologique si possible)* | | | | | | | |  |
|  | **Numéro** | **Date** | | | **Description**  *(lettre, rapport, etc.)* | | **Auteur**  *(si possible)* | **Destinataire**  *(si possible)* | ***Trois copies des annexes sont nécessaires.*** |
|  | **JJ** | **MM** | **AAAA** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | | ***Au besoin, ajouter des lignes.*** |