

AUTORISATION POUR OBTENIR COPIE DU DOSSIER CNESST

Toutes les sections du formulaire doivent être remplies de façon lisible.
Il est primordial de remplir adéquatement ce formulaire.

GRIEF # : _____

CNESST # : _____

Par la présente, je soussigné(e), _____, autorise la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (ci-après la CNESST) à donner une copie complète de mon dossier n° (# DOSSIER _____) aux Syndicat des agents de la paix en services correctionnels du Québec (CSN), son personnel et/ou la personne qu'elle désigne ainsi que la Fédération des employées et employés de services publics inc. (CSN), son personnel et/ou la personne qu'elle désigne à recueillir, utiliser, reproduire ou conserver tout dossier ou document d'ordre médical ou administratif.

J'autorise également la CNESST à remettre à ces personnes une copie des documents qu'elles jugeront pertinents.

Cette autorisation est valide pour une durée d'un (1) an, à compter de la signature des présentes.

Fait à _____, ce _____^e jour du mois de _____ 20_____

Signature du travailleur (de la travailleuse)

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

SAPSCQ-CSN