

DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER
ET OBTENTION DE TOUT DOCUMENT PERTINENT

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

(Nom de la personne médecin)

ayant son bureau d'affaires à l'adresse suivante :

autorise à donner accès au 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 employés et employés de services publics inc. (CSN), son personnel et/ou la personne qu'elle désigne à recueillir, utiliser, reproduire ou conserver tout document d'ordre médical ou administratif utile à la gestion de mon dossier.

J'autorise également _____
(Nom de la personne médecin)

à remettre à ces personnes une copie des documents relatifs à l'évènement du _____ pour la période débutant _____ et allant jusqu'à _____.

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 _____

SAPSCQ-CSN

Signature du travailleur (de la travailleuse)

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____