



CONTESTATION ET MANDAT DE REPRÉSENTATION

Le ____ - ____ - ____

Révision administrative

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

Nom du travailleur : _____

No de dossier CNESST : _____

Date de l'évènement : _____

Employeur : _____

Madame, Monsieur,

La présente est pour contester la décision de la CNESST rendue le _____ parce que non fondée en faits et en droit. Je demande la révision de mon dossier et désire présenter mes observations. Je serai représenté(e) par Madame/Monsieur

_____.

Je vous autorise à lui communiquer toute information et à lui faire parvenir mon dossier complet, autant médical qu'administratif et ce, à l'adresse suivante :

Syndicat des employées et employés professionnels-les et de bureau, section locale 574
565, boul. Crémazie Est, bureau 11100
Montréal (Québec) H2M 2W2

Signature