
Numéro de la section locale

Adresse de l'accidenté(e)

Numéro de téléphone de l'accidenté(e)

Courriel de l'accidenté(e)

Nom de l'accidenté(e) : _____

Numéro de dossier : _____

Date de l'évènement : _____

Employeur : _____

 **MANDAT DE PROCÉDER DANS LE DOSSIER CITÉ EN TITRE**

Par la présente, je soussigné(e), _____
NOM DE LA PERSONNE ACCIDENTÉ(E) EN LETTRES CARRÉES

AUTORISE :

NOM : **MONSIEUR DANIEL CLOUTIER**
SERVICE DE DÉFENSE DES ACCIDENTÉES ET DES
ACCIDENTÉS DU TRAVAIL (SDAT) - UNIFOR
ADRESSE : 565, boul. Crémazie Est, bureau 10100 – 10^e étage
Montréal (Québec) H2M 2W1
TÉLÉPHONE : 514 850-8972 pour les appels locaux
1 800 361-0483 poste 8972 pour les appels interurbains
TÉLÉCOPIEUR : 514 389-3578
COURRIEL : Sdat@unifor.org

- à prendre connaissance de tous les documents relatifs à mon accident de travail ou ma maladie professionnelle, incluant **tout le dossier médical** s'y rattachant;
- à me représenter dans toutes les procédures nécessaires afin que j'obtienne pleine compensation ainsi que tous les avantages pouvant s'y rattacher, autant devant la CNESST que le Tribunal administratif du travail (TAT) ou toute autre instance.

Veillez faire parvenir au SDAT **une copie complète de mon dossier** ou toute autre correspondance future qui pourrait y être versée.

X _____
Signature de la travailleuse ou du travailleur accidenté(e)

X _____
Date