

**DEMANDE DE RÉVISION ADMINISTRATIVE
COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ
DU TRAVAIL (CNESST)**

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

**Adresse de la
CNESST :**

No de dossier CNESST : _____

Date de l'événement : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Nom de l'employeur : _____

Madame, Monsieur,

En vertu de l'article 358 de la L.A.T.M.P., je demande par la présente, la révision de la décision rendue par _____ en date du _____ que j'ai reçue le _____.

J'aurai pour me représenter dans ce dossier une représentante ou un représentant de l'Alliance de la Fonction Publique du Canada. Veuillez faire parvenir une copie complète de mon dossier à l'attention de l'AFPC-Québec à l'adresse suivante :

Nom de la personne : Jovanka Ivic

Adresse : 5050 boul. des Gradins, bureau 140, Québec, Qc, G2J 1P8

Téléphone : 418-666-6500 ou sans frais : 1-800-566-6530

Télécopieur : 418-666-6999

Courrier électronique ivici@psac-afpc.com

J'autorise la personne désignée comme représentant(e) à prendre connaissance de tous les documents relatifs à mon accident de travail ou à ma maladie professionnelle, y compris les rapports médicaux, et à me représenter dans toutes les procédures nécessaires pour que j'obtienne pleine compensation ainsi que tous les avantages pouvant s'y rattacher. Une copie complète de mon dossier ainsi que toute correspondance future qui pourrait y être versée devront être acheminées à mon représentant(e).

Signature de la personne accidentée

Date