

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

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

N° de dossier CNESST :

Date de l'événement :

Nom :

N° d'assurance sociale :

Adresse :

Nom de l'employeur :

Madame, Monsieur,

En vertu de l'article 358 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP), 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 (AFPC). 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 130, Québec QC G2J 1P8

Téléphone : 1-800-566-6530

Télécopieur : 418-666-6999

Courriel : ivicj@psac-afpc.com

J'autorise ma représentante ou mon représentant à prendre connaissance de tous les documents concernant mon accident de travail ou ma maladie professionnelle, y compris les rapports médicaux, et à agir en mon nom 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 et toute correspondance future qui pourrait y être versée devront être acheminées à cette personne.

Signature de la personne accidentée

Date