

Numéro de la  
Section locale

Identification de la victime de lésion professionnelle		
Nom de famille	Prénom	
Adresse N°, Rue, App.		
Ville	Province	Code postal
Téléphone résidence	Téléphone cellulaire	
Courriel		

Identification du dossier CNESST	
Numéro du dossier	Date de l'évènement
Employeur	

Identification du représentant		
Nom de famille	Prénom	
<b>CLOUTIER</b>	<b>DANIEL</b>	
Organisation		
<b>SERVICE DE DÉFENSE DES ACCIDENTÉES ET DES ACCIDENTÉS DU TRAVAIL (SDAT) - Unifor</b>		
Adresse N°, Rue, App.		
<b>565, BOULEVARD CRÉMAZIE EST, BUREAU 10100</b>		
Ville	Province	Code postal
<b>MONTREAL</b>	<b>QUEBEC</b>	<b>H2M 2W1</b>
Téléphone bureau		
<b>514-850-8972 ou 1 800 361-0483 poste 8972</b>		
Télécopieur	Courriel	
<b>514-389-3578</b>	<b>SDAT@unifor.org</b>	

**J'autorise** mon représentant, Daniel Cloutier à :

- prendre connaissance de tous les documents relatifs à ma lésion professionnelle, incluant **tout le dossier médical** s'y rattachant;
- me représenter ou à désigner un représentant (plaideur) 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.

Signature de la victime de lésion professionnelle	Date