

Numéro de la  
Section locale

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

Identification du dossier	
Numéro du dossier CNESST	Numéro de référence Internet
Numéro du dossier TAT	Date de l'évènement (accident)
Employeur	

Identification du représentant		
Nom de famille <b>HOULE</b>	Prénom <b>MÉLISSA</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 <b>MONTREAL</b>	Province <b>QUÉBEC</b>	Code postal <b>H2M 2W1</b>
Téléphone bureau <b>514 850-8972 ou 1 800 361-0483 poste 8972</b>		
Télécopieur <b>514 389-3578</b>	Courriel <b>SDAT@unifor.org</b>	

**J'autorise** ma représentante, Mélissa Houle 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 la lésion professionnelle	Date