

DEMANDE DE DIVULGATION

Veillez remplir toutes les sections et envoyer le document à l'adresse ci-après :

NOM DU TRAVAILLEUR : _____

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE : _____

ADRESSE : _____

NUMÉRO DE DEMANDE : _____

NOM DE L'EMPLOYEUR : _____

Je souhaite recevoir une copie du dossier d'indemnisation susmentionné.

OU

**Envoyer une copie de mon dossier d'indemnisation susmentionné
à mon représentant.**

Nom du représentant : _____

Adresse : _____

Date

Signature du travailleur ou de la personne à charge

Numéro de téléphone y compris l'indicatif régional