

# Rapport du travailleur sur un syndrome de vibration

**REMPLEZ LE FORMULAIRE ET ENVOYEZ-LE À L'ADRESSE FIGURANT AU VERSO. ÉCRIVEZ LISIBLEMENT.**

Numéro de dossier à la CSIT

Nom de famille						Nom de l'employeur actuel	
Prénom(s)						Adresse postale de l'employeur - (inclure le code postal et le numéro de téléphone)	
Adresse postale (inclure le code postal)							
						Numéros de téléphone et de télécopieur de l'employeur	
Numéro de téléphone - (inclure l'indicatif régional)							
Numéro d'assurance sociale						Durée de l'emploi au sein de cette entreprise	
Date de naissance	Jour	Mois	Année	Situation de famille	N. d'enfants	Emploi actuel	Si vous êtes sans travail, indiquez la date de mise à pied
Quel syndrome de vibration votre réclamation concerne-t-elle? <input type="checkbox"/> Vibration des mains <input type="checkbox"/> Vibration des bras <input type="checkbox"/> Vibration des pieds							

**DÉCRIVEZ VOS ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS EN DÉTAIL. INDIQUEZ LE NOM ET L'ADRESSE DE VOS EMPLOYEURS, LA DURÉE DE L'EMPLOI, LE TYPE DE MACHINERIE UTILISÉE ET LA DURÉE D'UTILISATION. NOUS COMMUNIQUERONS AVEC LES EMPLOYEURS POUR CONFIRMER CES RENSEIGNEMENTS. RAPPELEZ-VOUS QUE DES RENSEIGNEMENTS INCOMPLETS RETARDERONT LE TRAITEMENT DE VOTRE RÉCLAMATION.**

## AUX TERRITOIRES DU NORD-OUEST/NUNAVUT

Nom, adresse (inclure le code postal) et numéro de téléphone de l'employeur	Période		Type de machinerie utilisée	Jours/semaine et/ou heures/jour
	De	À		
	ANNÉE	ANNÉE		
	ANNÉE	ANNÉE		
	ANNÉE	ANNÉE		

## À L'EXTÉRIEUR DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST/NUNAVUT

Nom, adresse (inclure le code postal) et numéro de téléphone de l'employeur	Période		Type de machinerie utilisée	Jours/semaine et/ou heures/jour
	De	À		
	ANNÉE	ANNÉE		
	ANNÉE	ANNÉE		

Joignez tout autre renseignement en votre possession.

**REMPLEZ ET SIGNER CE FORMULAIRE AVANT DE L'ENVOYER À LA CSIT.**

