WSCC Workers' Safety & Compensation Commission | Commission de la sécurité au travail et de l'indemnisation des travailleurs

DEMANDE DE DIVULGATION

Veuillez 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

Yellowknife : Case postale 8888 • Yellowknife (T.N-O.) X1A 2R3 • Téléphone : 867-920-3888 • Tél. sans frais : 1-800-661-0792
Téléc. : 867-873-4596 • Téléc. sans frais : 1-866-277-3677 • Courriel : reportsnwt@wscc.nt.ca
ou
Iqaluit : 630, chemin Queen Elizabeth, 2A, Iqaluit (Nunavut) X0A 3H0 • Téléphone : 867-979-8500 • Tél. sans frais : 1-877-404-4407
Téléc. : 867-979-8501 • Téléc. sans frais : 1-866-979-8501 • Courriel : reportsnu@wscc.nu.ca