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

Rapport du travailleur sur un syndrome de vibration

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

Numéro de dossier à la CSTIT

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)	
Numéro de téléphone - (inclure l'indicatif régional)	Numéros de téléphone et de télécopieur de l'employeur
Numéro d'assurance sociale	
Sexe ☐ M ☐ F ☐ X	Durée de l'emploi au sein de cette entreprise

Date de naissance	JJ	MM	AAAA	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?	☐ Vibration des mains	☐ Vibration des bras	☐ 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 De	Période À	Type de machinerie utilisée	Jours/semaine et/ou heures/jour
	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 De	Période À	Type de machinerie utilisée	Jours/semaine et/ou heures/jour
	ANNÉE	ANNÉE		
	ANNÉE	ANNÉE		

Joignez tout autre renseignement en votre possession.

REMPLIR ET SIGNER CE FORMULAIRE AVANT DE L'ENVOYER À LA CSTIT.

REMPLIR LES DEUX CÔTÉS DE CE FORMULAIRE

CONSENTEMENT DU TRAVAILLEUR

Par la présente, je réclame une indemnisation pour un syndrome de vibration relié au travail.

Divulgation de renseignements – Je comprends que la CSTIT utilisera les renseignements ci-dessus à mon sujet aux seules fins de faire enquête au sujet de cette réclamation. Je comprends également que, pour traiter ma demande, la CSTIT devra réunir plus de renseignements sur mon incident au travail, ainsi que mes antécédents médicaux et professionnels. Ce n'est qu'à ces fins particulières que la CSTIT peut divulguer certains de mes renseignements personnels à des employeurs, à des membres de la profession médicale et à d'autres tierces parties pertinentes. Pour en savoir davantage, veuillez lire notre *énoncé sur la protection des renseignements personnels à l'intention des travailleurs* à wscc.nt.ca/fr ou à wscc.nu.ca/fr.

J'autorise la CSTIT à fournir de tels renseignements à toutes les sources nécessaires et à les obtenir auprès de ces sources, ce qui comprend les dossiers d'hospitalisation, les dossiers médicaux et les relevés d'emploi.

Exactitude des renseignements – Je comprends que fournir des renseignements incomplets peut retarder le traitement de ma réclamation et que fournir de faux renseignements est illégal.

Je déclare que l'information ci-dessus est véridique et exacte. Je comprends que faire une fausse déclaration ou travailler et gagner un salaire tout en recevant des prestations sans en informer la CSTIT peut constituer une infraction criminelle.

DATE	SIGNATURE
DATE	TÉMOIN

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

wscc.nt.ca • wscc.nu.ca

CS013 0824

This form is available in English
ᑖᓐᓇ ᑕᑕᑎᓇᐊᓕᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᖅ ᐃᓄᒃᑎᑐᑦ
Una titiraq piinnarialik pilugu Inuinnaqtun