

Rapport du travailleur sur une maladie professionnelle

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

Numéro de dossier à la CSTIT

Nom de la maladie ou de la blessure non traumatique	Nom de l'employeur
	Adresse postale de l'employeur - (inclure le code postal et le numéro de téléphone)
Nom de famille	
Prénom(s)	
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	
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	Date de naissance AA MM JJ

**DÉCRIEZ VOS ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS EN DÉTAIL. DES RENSEIGNEMENTS
INCOMPLETS PEUVENT RETARDER 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 d'exposition et de profession
	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 d'exposition et de profession
	De	À	
	ANNÉE	ANNÉE	
	ANNÉE	ANNÉE	

Joignez tout autre renseignement en votre possession.

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

