

# Rapport du travailleur sur un syndrome de vibration

**REPLISSEZ 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X                                                                                                               |      |      |       |                      |              | 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.

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

