

Rapport du travailleur sur la déficience auditive due au bruit

VEUILLEZ REMPLIR ET RETOURNER CE FORMULAIRE À L'ADRESSE INDIQUÉE AU VERSO. VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT EN LETTRES MOULÉES.

Numéro de dossier

Renseignements sur le travailleur

Nom				Employeur actuel	
Prénom(s)				Adresse postale de l'employeur (inclure le code postal)	
Adresse postale (inclure le code postal)					
Numéro de téléphone et(ou) de télécopieur de l'employeur (inclure l'indicatif régional)					
Numéro de téléphone (inclure l'indicatif régional)					
Numéro d'assurance sociale					
Date de naissance	AA	MM	JJ	Emploi actuel	Si sans emploi, indiquez la date du licenciement.

DONNEZ TOUTES LES PRÉCISIONS SUR VOTRE EXPOSITION AU NIVEAU ÉLEVÉ DE BRUIT EN INDIQUANT LES NOMS DES EMPLOYEURS ET LES PÉRIODES D'EMPLOI RESPECTIVES. LES RENSEIGNEMENTS INCOMPLETS PEUVENT RETARDER LA DEMANDE.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST ET NUNAVUT

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'employeur (inclure l'indicatif régional)	Période		Type d'exposition et emploi
	de	à	
	ANNÉE	ANNÉE	
	ANNÉE	ANNÉE	
	ANNÉE	ANNÉE	
	ANNÉE	ANNÉE	

À L'EXTÉRIEUR DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST ET DU NUNAVUT

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'employeur (inclure l'indicatif régional)	Période		Type d'exposition et emploi
	de	à	
	ANNÉE	ANNÉE	
	ANNÉE	ANNÉE	

Veillez joindre tout renseignement additionnel.

POUR VOTRE PROTECTION, VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO ET RETOURNER CE RAPPORT.

