

Mise en garde: Ceci est le formulaire pour déposer une demande en vertu de la *Loi sur l'équité salariale*.

Avant de remplir et d'expédier votre formulaire, vous êtes invité à joindre le personnel de notre Centre de relations clients, qui pourra vous informer si votre situation relève bien de la *Loi sur l'équité salariale* et, au besoin, vous aider à formuler votre demande.

Les champs obligatoires sont repérables grâce à un astérisque (*). Faites-nous parvenir ce formulaire dûment signé en cliquant sur le bouton « Envoyer », qui se trouve à la fin du formulaire.

Vous pouvez nous joindre de partout au Québec (sans frais) **1 844 838-0808**

1. Type de demande d'autorisation*

Demandes pouvant être soumises par un employeur ou un regroupement d'employeurs :

Programme distinct applicable à un ou plusieurs établissements, si des disparités régionales le justifient (art. 10 et 31)

Regroupement d'employeurs pouvant être reconnu comme l'employeur d'une entreprise unique (art. 12.1)

Programme d'équité salariale établi en ayant recours à au moins deux catégories d'emplois à prédominance masculine existant dans une entreprise possédant des caractéristiques similaires à celles de votre entreprise (art. 13)

Comité d'équité salariale (art. 23 et 30.1)

Prolongation de la période d'étalement des ajustements salariaux en cas d'incapacité de versement (art. 72)

Fixation d'un nouveau délai (art. 101.1)

Autre demande ou avis (indiquer l'article de loi associé): _____

Demandes pouvant être soumises par une association accréditée ou une personne salariée

Comité d'équité salariale (art. 22 et 30.1)

Autre demande ou avis (indiquer l'article de loi associé): _____

Précisions sur la demande :

2. Informations sur la partie demanderesse

*Titre De quelle façon voulez-vous que nous nous adressions à vous ?	Madame Monsieur Autre	*Nom	*Prénom
Nom de l'entreprise*		Nom de l'association accréditée	
*Adresse	*Ville	*Province	*Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
*Téléphone (inscrire au moins un numéro)	(résidence)	(travail)	(cellulaire)
Courriel			
De quelle façon préférez-vous que nous communiquions avec vous ?	(Téléphone résidence)	Téléphone travail	Cellulaire

3. Déclarations

Je déclare que les renseignements mentionnés dans ce formulaire sont vrais autant que je sache et je demande à la CNESST d'intervenir.

Pour soumettre votre formulaire de demande à la CNESST, enregistrez-le sur votre poste de travail afin de pouvoir utiliser le bouton « Envoyer ».

Vous pouvez aussi nous le faire parvenir par courriel à **greffe.es@cnesst.gouv.qc.ca** ou par la poste à l'adresse suivante :

**Direction des enquêtes et de la médiation
Vice-présidence à l'équité salariale
CNESST
C.P. 19350, Succ Terminus
Québec (Québec) G1K 0J4**