

Modifications		Nouveau travailleur domestique	
Cette demande concerne-t-elle une protection facultative? Oui Non			
3	Nom		Prénom
	Date de début du contrat travail	Date de fin du contrat travail	Date d'entrée en vigueur de la protection facultative
	Fonction		Revenu annuel (\$)
	Salaire horaire (\$)	Nombre d'heures travaillées par semaine	Nombre de semaines par année
Modifications		Nouveau travailleur domestique	
Cette demande concerne-t-elle une protection facultative? Oui Non			
4	Nom		Prénom
	Date de début du contrat travail	Date de fin du contrat travail	Date d'entrée en vigueur de la protection facultative
	Fonction		Revenu annuel (\$)
	Salaire horaire (\$)	Nombre d'heures travaillées par semaine	Nombre de semaines par année
Modifications		Nouveau travailleur domestique	
Cette demande concerne-t-elle une protection facultative? Oui Non			
5	Nom		Prénom
	Date de début du contrat travail	Date de fin du contrat travail	Date d'entrée en vigueur de la protection facultative
	Fonction		Revenu annuel (\$)
	Salaire horaire (\$)	Nombre d'heures travaillées par semaine	Nombre de semaines par année

Signature de l'employeur ou de son représentant			
Nom		Prénom	Fonction
Signature		Date	Année Mois Jour

TRANSMISSION DU FORMULAIRE

**Veillez faire parvenir ce formulaire rempli et signé par télécopieur au 1 866 331-5886
ou par la poste à l'adresse suivante :**

**CNESST
Direction de la cotisation des employeurs
C. P. 2000, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 0H7**

Veillez conserver une copie de ce document pour vos dossiers.