

**DEMANDE DE RÉINTÉGRATION  
À UNE MUTUELLE DE PRÉVENTION**

Nom de l'employeur :

Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) et/ou Numéro d'employeur (ENL) :

**Veillez noter que ce formulaire doit être rempli et retourné avant le 1<sup>er</sup> mai de l'année d'exclusion.**

Quels sont les correctifs apportés en matière de santé et de sécurité à la suite de votre exclusion qui permettraient à votre entreprise de réintégrer une mutuelle de prévention?

**Correctifs ou améliorations\***

\* Veillez annexer des feuilles supplémentaires au besoin.

**Signature**

Nom

Fonction

Signature

Date

année

mois

jour

**TRANSMISSION DU FORMULAIRE**

Veillez retourner le formulaire rempli et signé par messagerie sécurisée si vous êtes inscrit à nos espaces sécurisés ou par la poste à l'adresse suivante :

**CNESST**

**Service du soutien aux employeurs et aux mutuelles de prévention**

C. P. 2000, succ.Terminus

Québec (Québec) G1K 0H7

Pour de l'information additionnelle, communiquez avec nous au **1 800 848-4219**.