

1. Identification

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de permis **délivré par un ordre professionnel du Québec** : _____

Spécialité : _____

Surspécialité : _____

Région(s) de pratique : _____

Année de diplomation du programme de médecine d'assurance et expertise en science de la santé
(date de diplomation) s'il y a lieu : _____

Si vous êtes médecin, précisez votre statut :

- Participant au régime public
- Non participant au régime public
- Désengagé

2. Coordonnées professionnelles et numéro de téléphone pour demander l'évaluation

Nom de l'établissement : _____

Département (s'il y a lieu) : _____

Adresse : _____
(rue) (bureau)

_____ (ville) (province) (code postal)

Numéro de téléphone : (_____) _____

Numéro de télécopieur : (_____) _____

Courriel : _____

3. Adresse où vous évaluez le travailleur (si différente de la précédente)

Nom de l'établissement : _____

Département (s'il y a lieu) : _____

Adresse : _____
(rue) (bureau)

_____ (ville) (province) (code postal)

Numéro de téléphone : (_____) _____

Numéro de télécopieur : (_____) _____

4. Disponibilités

Je suis disponible pour faire _____ évaluation(s) par _____
(nombre) (semaine ou mois)

Pouvez-vous recevoir les travailleurs parlant une autre langue que le français : Oui Non

Si oui, précisez : _____ (N.B. : Les rapports d'expertise devront être rédigés en français)

- J'ai lu le document *Conditions d'inscription et de réinscription sur la liste des professionnels de la santé désignés par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail* et je m'engage à les respecter.
- J'atteste ne faire l'objet d'aucune limitation d'exercice.
- Je joins au présent formulaire l'original du certificat de conduite professionnelle émis par mon ordre professionnel OU j'ai fait la demande auprès de mon ordre professionnel pour qu'il vous envoie le certificat de conduite professionnelle.

Signé à : _____ le ____/____/____
(ville) (AAAA/MM/JJ)

Signature du professionnel : _____

Veillez retourner ce formulaire à :

Madame Mélanie Côté
CNESST
Direction de l'accès au régime et des services médicaux
1199, rue De Bleury, 6^e étage
Montréal (Québec) H3C 4E1
Télécopieur : 514 906-3009
Courriel : melanie.cote@cnesst.gouv.qc.ca