

| 1 - Identification | | | |
|--|-----------------------|---|------------------------------|
| Nom | | Prénom | |
| Numéro de permis délivré par un ordre professionnel du Québec : | | | |
| Spécialité | | Surspécialité | |
| Région(s) de pratique | | Date de diplomation du programme de médecine d'assurance et expertise en science de la santé, s'il y a lieu | |
| | | <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> | |
| 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 évaluerez la travailleuse ou 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 | Courriel | |
| | | | |
| 4 - Disponibilité | | | |
| Je suis disponible pour faire <input type="text" value="nombre"/> évaluation(s) par <input type="text" value="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 les 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 Signature du professionnel :

Veillez retourner ce formulaire à : soutienprofessionnelsante@cnesst.gouv.qc.ca ou par la poste à : CNESST

Direction de l'accès au régime et des services médicaux
1199, rue De Bleury, 6e étage
Montréal (Québec) H3C 4E1
Télécopieur : 514 906-3001