

1. Identification

Nom : _____ Prénom : _____

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

Spécialité : _____

Surspécialité : _____

Région(s) de pratique : _____

2. Renseignements supplémentaires (remplir seulement en cas de changement)

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

3. Coordonnées professionnelles et numéro de téléphone pour demander l'évaluation (remplir seulement en cas de changements)

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. Adresse où vous évaluez le travailleur (si différente de la précédente; remplir seulement en cas de changement)

Nom de l'établissement : _____

Département (s'il y a lieu) : _____

Adresse : _____
(rue) (bureau)

_____ (ville) (province) (code postal)

Numéro de téléphone : (_____) _____

Numéro de télécopieur : (_____) _____

5. Désistement

Je désire retirer mon nom de votre liste d'experts, et ce, à compter du _____. Je comprends qu'il y aura des délais administratifs pour une réinscription.

6. 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.

Je ne fais l'objet d'aucune limitation d'exercice et mon certificat de conduite professionnelle ne comporte aucun nouvel élément depuis son dernier envoi à la CNESST*.

* Si un nouveau certificat de conduite professionnelle émis par votre ordre professionnel est nécessaire, la CNESST communiquera avec vous.

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