

EMPLOYEUR

Nom de l'entreprise	
Adresse N°, Rue, App.	
Ville	
Province	Code postal
Nom du signataire autorisé	Téléphone

REPRÉSENTANT

Nom de la firme ou du représentant		
Adresse N°, Rue, App.		
Ville		
Province	Code postal	Téléphone

L'employeur mandate par la présente la firme ou le représentant ci-haut mentionné, avec plein pouvoirs de contestation, de représentation et de substitution, pour agir en son nom auprès de la Direction de la révision administrative de la CNESST lors d'une demande de révision présentée au nom de l'employeur ou suite à une demande de révision présentée par un des travailleurs de l'employeur.

En conséquence, la Direction de la révision administrative de la CNESST est autorisée à fournir au représentant une copie du dossier en litige ainsi que toutes les informations qu'elle jugera nécessaires au traitement de la demande de révision.

L'EMPLOYEUR s'engage à aviser par écrit la Direction de la révision administrative de la CNESST de toute modification ou révocation qui pourraient être apportées au présent mandat, et ce, dans les meilleurs délais.

Le présent mandat est valide à compter du _____

SIGNÉ À**DATE**

--	--

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR**TITRE**

--	--

Faire parvenir le document rempli à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail:

En ligne
cnesst.gouv.qc.ca

Par la poste
CNESST, C. P. 2026, Succ Terminus
Québec (Québec) G1K 0H9

Pour rejoindre la CNESST, un seul numéro
1 844 838-0808

INFORMATIONS DU DOSSIER

N° de dossier de l'employeur (constitué de 8 chiffres)
--